
МАСТЕРА
ПСИХОЛОГИИ
И. В. Добряков
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ
ПСИХОЛОГИЯ
ПИТЕР

Игорь Валерьевич Добряков

Перинатальная психология

Текст предоставлен правообладателемhttp://www.litres.ru
Перинатальная психология.: Питер; СПб.; 2010
ISBN 978-5-49807-191-6

Аннотация

Книга посвящена новому разделу психологической науки – перинатальной психологии. Автор касается вопросов истории ее формирования за рубежом и в России, приводит и анализирует различные подходы, показывая предпочтительность биопсихосоциального.

В монографии рассмотрены психологические особенности всего репродуктивного процесса: зачатия, беременности, родов, ранних этапов постнатального онтогенеза. Особое внимание уделено организации перинатальной психологической помощи женщинам и членам их семей, в том числе при перинатальных утратах.

Издание адресовано клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам, акушерам-гинекологам, неонатологам, представителям смежных специальностей, а также студентам вузовских факультетов психологического и медицинского профилей.

Содержание

Игорь Валериевич Добряков Перинатальная психология

Предисловие

Одним из решений демографических проблем современной России является создание стратегии охраны и укрепления репродуктивного здоровья населения. В 2008 г., в Екатеринбурге, на Всероссийской психиатрической конференции «Психическое здоровье и общественная безопасность» в своем пленарном докладе академик РАМН Т. Б. Дмитриева подчеркивала, что в охране психического здоровья детей необходимо разрабатывать и применять новые подходы. С этим связана насущная потребность в современном осмыслении теоретических основ перинатологии, причем не только ее медицинских вопросов, но и такого важного раздела, как перинатальная психология.

Уверен, что среди современных изданий, посвященных этой важной теме, книга Игоря Валериевича Добрякова, являющаяся итогом его более чем десятилетней работы, займет особое место. Ее отличают фундаментальное рассмотрение возникновения и развития перинатальной психологии, детальное рассмотрение проблем, возникающих на всех этапах репродуктивного процесса: зачатия, беременности, родов, раннего постнатального периода. Издание содержит большое количество хорошо структурированного материала, почерпнутого из научных работ (их в списке более 250), а также результаты собственных оригинальных исследований.

И. В. Добряков, имея как медицинское, так и психологическое образование, логично использует в качестве теоретического обоснования перинатальной психологии учение о доминанте российского физиолога А. А. Ухтомского, психоаналитические откровения, взгляды на личность как на систему отношений В. Н. Мясищева, рассмотрение семьи как системы и в качестве первичной социальной группы. Автору удалось показать, что эти столь различные теории не противоречивы, а дополняют друг друга, позволяют глубоко и разносторонне исследовать интересующие проблемы. Их сочетание обеспечивает биопсихосоциальный подход, необходимый при исследованиях на стыке медицины и психологии, способствует взаимопониманию различных специалистов, единению их в решении общих вопросов сохранения здоровья матери и ребенка, созданию того, что автор называет перинатальным комплаенсом.

Необходимость сотрудничества разных специалистов, связанных общей деятельностью, направленной на решение перинатальных проблем, – одна из основных идей автора. Он убедительно показывает, что единство взглядов медицинских работников и психологов позволяет успешно решать практические задачи, а редукционистские подходы снижают эффективность оказываемой помощи, могут привести к ятрогениям и психологогениям. Таким образом, теория внедряется в практику.

Оригинальная периодизация стадий формирования супружеских отношений, предлагаемая И. В. Добряковым, позволяет выделить благоприятные и неблагоприятные периоды для зачатия ребенка. Разработанная автором типология психологического компонента гестационной доминанты имеет большое практическое значение. Выявление особенностей психологического компонента гестационной доминанты с помощью теста отношений беременной позволяет ориентировать практических врачей и психологов на то, с какими проблемами женщины им нужно работать.

Практическим вопросам организации перинатальной помощи посвящена целая глава. Это безусловно поможет становлению перинатальной психологической и психотерапевти-

ческой помощи в нашей стране, сделает ее более доступной населению. Важно, что в приложении приведены профильные приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которыми могут и должны руководствоваться в своей работе специалисты, занимающиеся вопросами перинатальной психологии.

Впервые в отечественных изданиях подобного рода в книге И. В. Добрякова поднимается проблема оказания помощи при перинатальных утратах. Этому посвящена специальная глава, написанная совместно с психологом Е. М. Костериной, работающей в родильном доме г. Кургана. К сожалению, в нашей стране семья, в которой произошло несчастье – смерть ребенка в перинатальном периоде, – практически не получает никакой психологической поддержки и психотерапевтической помощи. В монографии это проблема четко обозначена, дан ряд рекомендаций, намечены пути ее решения.

При чтении книги И. В. Добрякова заинтересованный читатель найдет ответы на многие вопросы, однако много вопросов и появится. Книга заставляет задумываться, побуждает к действиям. Полагаю, что, прочитав ее, большинство коллег с нетерпением будут ожидать окончания автором обещанного «естественного продолжения» этого труда – «Перинатальной психотерапии».

Наконец, очень символично, что автор, крупный ученый, уникальный специалист в этом направлении, врач, носящий такую удивительно добрую фамилию, и в своей научно-практической деятельности спешит делать добро матери, добро ребенку, добро супругам. И нет ничего более важного и доброго, чем помощь нуждающейся семье, а также умение легко и доступно передать свой опыт, раскрыть тайны своего мастерства и профессионализма.

Главный детский специалист психиатр Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,

доктор медицинских наук, профессор

Е. В. Макушкин

Введение

На рубеже XX–XXI вв. в России начался и до сих пор продолжается кризис, характеризующийся тем, что прежние нормы перестали действовать, а современные еще не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования. Э. Дюркгейм (E. Durkgeim) подобное критическое состояние общества назвал аномией (греч. *a* – отрицание, *nomos* – закон). В современном российском обществе аномия выражается в дезорганизации и дисфункциональности основных социальных институтов, патологии социальных связей и взаимодействий (Кривошеев В. В., 2004; Черняк Е. М., 1999). В частности, результатом аномии в России является ухудшение здоровья всех членов семьи, более поздний возраст при вступлении в брак и рождении первого ребенка, рост количества разводов, распространение моделей семейно-брачных отношений, альтернативных традиционным (конкубинат, свободные отношения, гомосексуальные семьи и т. п.) (Безрукова О. Н., 2007). Преобладающие типы демографического поведения характеризуются установкой на рождение лишь одного ребенка или на сознательную бездетность. Это приводит к серьезным демографическим проблемам. Если в 19811985 гг. рождаемость в РСФСР была 2,4–2,5 миллиона человек в год (рекордной за всю послереволюционную историю страны), то за последние 15 лет естественная убыль населения России составила более 11 миллионов человек при населении постоянных жителей 142 миллиона человек. Если не принимать меры, то к концу нынешнего столетия из-за низкой рождаемости население страны может сократиться вдвое (Рыбаковский Л. Л., 2007). Объясняют такую тенденцию в основном социальными причинами, в частности ухудшением материального благосостояния семей, недостатком внимания государства к их проблемам.

Последние годы, несмотря на разразившийся экономический кризис, правительство предпринимает попытки изменить ситуацию: улучшить материальное благосостояние населения, совершенствовать материальную стимуляцию увеличения рождаемости. Так, в 2007 г. были увеличены максимальные выплаты по декретному отпуску с 16 000 до 23 400 руб. в месяц, принято постановление о вознаграждении в 250 000 руб. за рождение второго или последующего ребенка (но только один раз в жизни!).

Однако даже более эффективные социальные меры вряд ли способны изменить ситуацию к лучшему. Ведь общеизвестно, что хорошая зарплата, налаженный быт семьи далеко не всегда приводят к желанию иметь много детей. Сводить стимулирование рождаемости только к материальным благам неправильно. Подтверждением этого может служить ситуация в странах Западной Европы: хорошо обеспеченные люди, не испытывающие никаких материальных проблем, как правило, не хотят иметь больше двух детей. В то же время в странах с низким благосостоянием населения рождаемость, количество детей в семьях, как правило, значительно превышают эти показатели в более развитых странах. По данным ведущего сотрудника Санкт-Петербургского социологического института РАН А. В. Баранова, в Санкт-Петербурге наибольшее количество новорожденных (66 %) появилось у четвертой части населения города, имеющей доходы ниже официальной черты бедности, что подтверждает высказывание: дети – это богатство бедных. У четверти наиболее обеспеченных жителей города появилось лишь 8 % новорожденных (Баранов А. В., 2008).

Для улучшения демографических показателей необходимо сочетание как социальных мер, направленных на преодоление низкого материального уровня жизни, так и медико-психологических мероприятий, позволяющих улучшить состояние репродуктивного здоровья населения, сделать доступной помощь, направленную на решение проблем, препятствующих деторождению.

В связи с этим в последние годы отмечается заметный рост интереса к вопросам перинатальной психологии и психотерапии, к практическим наработкам в этой области. Проведенные исследования показали высокую востребованность у населения перинатальной психологической помощи.

Санкт-Петербургским городским центром медицинской профилактики был проведен опрос 1473 беременных, состоящих на учете в женских консультациях. Было выявлено, что каждая вторая женщина (57 %) хотела бы получить непосредственно в женской консультации психологическую помощь, а 76 % женщин отметили необходимость организации в женских консультациях «Школы отцов» (Винтухова Л. В., Заозерский Ю. А., 2005).

Аналогичные результаты были получены при анализе более 20 000 анкет, полученных из 67 регионов России. Выяснялось мнение пациентов и врачей учреждений родовспоможения и детства о необходимости оказания психологической помощи. Пациентов спрашивали о том, нужны ли им психологические услуги и какие (психологическое консультирование, просвещение, образование, практические занятия), а врачей – о необходимости предоставления психологических услуг их пациентам и им самим.

Оказалось, что каждый вид предлагаемой психологической помощи востребован в среднем 60 % пациентов, из них 65 % хотели бы получать психологические услуги в медицинских учреждениях, в которых они наблюдаются и лечатся. При этом 19 % респондентов готовы были оплачивать эти услуги, а 81 % предпочли бы получать их бесплатно.

Анализ опроса врачей показал, что потребность своих пациентов в психологической помощи они оценивают выше, чем сами пациенты. Следует также отметить желание 100 % врачей самим получать психологическую помощь как для снятия профессионального стресса, так и в связи с личными проблемами. Кроме того, большинство врачей хотели бы получить знания и навыки в области перинатальной психологии и психотерапии (Ланцбург М. Е., 2003).

Эти данные подтверждают необходимость развития перинатальной психологии и внедрение ее в практику. Однако можно констатировать отсутствие общепринятых четких дефиниций, устоявшихся теоретических обоснований этого нового раздела психологической науки. Еще в 1993 г. Ю. И. Шмурак утверждала, что «…психологической концепции беременности пока нет» (Шмурак Ю. И., 1993, с. 21). Подобное сожаление, актуальное и в настоящее время, в 2002 г. высказывал академик В. В. Брушлинский (Брушлинский А. В., 2002). Отсутствие теоретической базы затрудняет подготовку специалистов в области перинатальной психологии. Дефицит квалифицированных специалистов частично восполняется за счет лиц, нередко не имеющих психологического образования, но называющих себя «практикующими перинатальными психологами». К сожалению, многие из них – люди невежественные, уверенные, что перинатальная психология занимается исключительно дородовой подготовкой и что они в этом разбираются. Зачастую они устанавливают со своими клиентками комплиментарные отношения, т. е. работают по принципу «желание клиентки – закон». Такие «перинатальные психологи» вместо того, чтобы помогать беременным женщинам адекватно оценивать свое состояние, адаптироваться к нему, то безответственно настраивают их против употребления любых назначенных врачом медикаментов, то, идя на поводу у клиенток, без достаточных для этого медицинских показаний, соглашаются проводить роды под наркозом или делать кесарево сечение. Таким образом, перинатальная психология серьезно дискредитируется, а акушеры-гинекологи не желают сотрудничать с «психологами», не имеющими достаточных для эффективной работы знаний в смежных с перинатальной психологией областях (в акушерстве, неонатологии, психотерапии, а также в медицинской психологии, психологии семейных отношений, психологии развития и пр.). Справедливо утверждая, что беременность – не болезнь, такие психологи упускают, что и вполне здоровая беременная женщина должна регулярно посещать медицинские учреждения, наблюдаться

у врача, проходить целый ряд обследований, много общаться с медицинским персоналом. Не говоря уже о том, что более чем у половины женщин во время беременности обнаруживаются те или иные патологии, вызывающие необходимость в медицинской помощи. В связи с этим представляется очевидным, что базовым образованием перинатальных психологов должна быть медицинская (клиническая) психология, на основе которой необходимо тематическое усовершенствование в области перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии. Специалисты, прошедшие такое обучение, должны быть готовы к решению сложнейших психологических проблем, возникающих в связи с развитием науки, делающих явью то, что раньше считалось невозможным (например, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство и пр.).

В марте 2006 г. Министерством здравоохранения и социального развитии Российской Федерации издан приказ, согласно которому в каждой женской консультации предполагается открыть по психотерапевтическому кабинету.

14 июля 2008 г. на совещании, проходившем в Клинской городской больнице, говоря об отечественном здравоохранении и планах его развития до 2020 г., президент РФ Дмитрий Медведев отметил в будущей концепции здравоохранения три основных направления:

• оказание своевременной и качественной медицинской помощи гражданам;
• профилактика заболеваний;
• диспансеризация населения.

Министр здравоохранения и социального развития Татьяна Голикова рассказала, что в возглавляемом ею министерстве подготовлены два документа. Первый – среднесрочная государственная программа развития до 2012 г., созданная на базе национального проекта «Здоровье». Второй документ – непосредственно концепция развития здравоохранения до 2020 г. в рамках общей концепции социально-экономического развития страны на этот период.

Оба документа должны, по ее мнению, изменить сложившиеся отрицательные тенденции. Она рассчитывает, что к 2011 г. численность населения стабилизируется на уровне 143 миллиона человек, а к 2020 г. увеличится до 145 миллионов (Кузьмин В., 2008).

Президент призвал допускать любые медицинские учреждения, независимо от их размера и формы собственности, к участию в конкурсах на оказание медицинских услуг. Это позволило нам принять участие в открытом конкурсе на право заключения государственных контрактов на выполнение научно-исследовательских и иных работ в рамках подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» по лоту № 3 «Разработка проекта методических рекомендаций «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации»». Материалы этих разработок представлены в соответствующей главе данного издания.

Открытие в каждой женской консультации психотерапевтического кабинета требует подготовки медицинских (клинических) психологов, врачей-психотерапевтов, которые могли бы осуществлять перинатальную психологическую и психотерапевтическую помощь в дородовой подготовке, в процессе родов, помогающих формированию благоприятных типов взаимодействия родителей (особенно матери) с младенцами и детьми младшего возраста.

Надеюсь, что книга, которую вы держите в руках, внесет свой скромный вклад в подготовку перинатальных психологов. Она является подведением итогов, обобщением результатов собственных исследований автора в области перинатальной психологии, отражает сложившиеся в течение многих лет его взгляды на то, какие теоретические положения в области физиологии, психологии, социальной науки позволяют развить и структурировать перинатальную психологию.

Считаю своим долгом выразить благодарность людям, способствующим формированию этих взглядов, людям, без которых создание этой книги было бы невозможно. Прежде всего хочу почтить светлую память профессора А. М. Свядоща и профессора Сержа Лебовици (S. Lebovici), академика А. В. Брушлинского.

Абрам Моисеевич Свядощ создал первую в СССР Консультацию по вопросам семьи и брака и привлек меня, молодого, еще неопытного психотерапевта, к сотрудничеству. В консультации я работал вместе с такими замечательными врачами-гинекологами, как Валерий Абрамченко (ныне профессор НИИ акушерства и гинекологи им. Д. О. Отта), Валентина Мацко (сейчас главный врач СПб ГУЗ «Родильный дом № 1»), Владимир Цырульников (кандидат медицинских наук, врач СПб ГУЗ «Родильный дом № 1»); с психиатром Генрихом Конрадовичем Поппе – ассистентом кафедры психиатрии педиатрического медицинского института, с психотерапевтом Львом Щегловым – ныне профессором, создавшим и возглавившим институт сексологии и психотерапии; с сексологами Михаилом Екимовым, работающим в настоящее время доцентом кафедры сексологии СПбМАПО, Владимиром Садовниковым, долгое время возглавлявшим сексологическую службу Ленинградской области, и другими замечательными специалистами. В консультации мне была предоставлена возможность встречаться с людьми, вступающими в брак или состоящими в браке, помогать им разбираться в семейных проблемах, в том числе связанных с зачатием и беременностью.

Профессор Серж Лебовиси – всемирно известный психоаналитик, патриарх французской детской психиатрии, благосклонно отнесся к прочитанному мною на одной конференции докладу и предложил выступить с ним на Международном коллоквиуме по перинатальной психиатрии в Монако. Именно благодаря ему, а также профессору Филиппу Мазе (Philippe Mazet), доктору Эрве Бенаму (Herve Benhamoy) мне посчастливилось участвовать в работе этого замечательного форума, общаться с ведущими в то время специалистами в области перинатальной психологии и психиатрии. Позднее мне посчастливилось в Париже присутствовать на семинарах, клинических разборах Сержа Лебовиси. Именно в это время я стал понимать суть основных положений психоанализа и его клиническое значение.

Академик Андрей Владимирович Брушлинский долгие годы возглавлял НИИ психологии РФ. Его последние работы были посвящены формированию субъектных отношений. Он интересовался вопросами перинатальной психологии, приветствовал создание при Санкт-Петербургском психологическом обществе секции перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии, способствовал созданию подобной секции при Российском психологическом обществе.

Также считаю своим долгом выразить благодарность:

• Дмитрию Николаевичу Исаеву, профессору, предложившему мне, молодому врачу, поступить в аспирантуру при кафедре психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института; терпеливо и мудро руководившему работой над моей кандидатской диссертацией; демонстрирующему и воспитывающему строгость и взыскательность к себе в научных исследованиях;

• Борису Емельяновичу Микиртумову, профессору, совершенно внезапно поменявшему тему научно-исследовательской работы ассистента возглавляемой им кафедры, преодолевшему мое сопротивление и буквально заставившему меня заниматься проблемами беременных и младенцев;

• Александру Сергеевичу Батуеву, академику, создавшему при Санкт-Петербургском государственном университете научный центр «Психофизиология матери и ребенка», привлекшему меня в 1995 г. к работе в специализированном научном совете «Психофизиология матери и ребенка», показавшему мне перспективы использования в перинатальной психологии учения о доминанте А. А. Ухтомского;

• Эдмонду Георгиевичу Эйдемиллеру, профессору, одному из основоположников отечественной семейной психотерапии, за радость работать на возглавляемой им кафедре, перенимать его опыт, за строгую критику и в то же время поддержку в работе;

• Ирине Михайловне Никольской, профессору, замечательному психологу, советы которой очень помогли в работе над этой книгой;

• коллективу родильного дома № 2 «Аист» за понимание и многолетнее сотрудничество;

• издательству «Питер» в лице Петра Витальевича Алесова, предложившего мне написать и издать эту книгу;

• всем коллегам, близким и друзьям за помощь, терпение и критику.

Особую благодарность с удовольствием хочу выразить всем моим пациенткам и их родственникам.

Все критические замечания, поправки и дополнения к этой работе будут с благодарностью приняты.

Глава 1
Перинатология и ее разделы

Определение перинатологии, ее становление и развитие

Перинатальная психология, которой посвящена эта книга, представляет собой важный раздел перинатологии, появившийся сравнительно недавно. На определенном этапе развития перинатологии жизнь поставила перед ней новые задачи, разрешить которые было невозможно без обращения к психологии. Поэтому прежде, чем перейти к непосредственной теме настоящего издания, уместно разобраться в том, что представляет собой перинатология как наука, какие, помимо перинатальной психологии, включает разделы.

В опубликованной в 1982 г. в Большой медицинской энциклопедии статье *перинатология* (греч. *peri* – вокруг, около; лат. *natus* – рождение, *logos* – наука, учение) определяется как *«раздел акушерства и педиатрии, изучающий развитие и охрану здоровья плода и новорожденного в перинатальном периоде»* (Перинатология, 1982, с. 65). Там же отмечалось, что основные направления исследований в перинатологии связаны с изучением взаимосвязи организмов матери и плода (нервные, гуморальные и иммунные взаимоотношения). О психологических исследованиях перинатальных проблем речи не было.

Выделение перинатологии как области медицины произошло в первой половине XX в., когда общество достаточно созрело до понимания необходимости совершенствования методов профилактики, диагностики и терапии различных заболеваний матери, плода и новорожденного, т. е. было социально детерминировано (Абрамченко В. В., 1996). С 1960-х гг. началось ее бурное развитие. Интерес к перинатологии за последние годы возрос еще больше в связи с необходимостью поиска способов, позволяющих улучшить демографическую ситуацию, приостановить тенденции роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ими страдают 20 % детей, причем в 70–80 % случаев эти нарушения обусловлены перинатальными факторами (Шниткова Е. В. и др., 2000). В России показатель перинатальной смертности в течение последних лет постоянно снижается (с 17,9%o в 1991 г. до 10,2 % в 2005 г.). Однако во многом именно уменьшение смертности детей первой недели жизни обусловило рост младенческой смертности (с 11,0 до 17,8 %) за те же годы (Стрижаков А. Н., 2007). Младенцы, имеющие патологию, которая в недалеком прошлом была несовместима с жизнью, благодаря современным достижениям акушерства рождаются живыми, но рано умирают или остаются жить, требуя особого медицинского наблюдения и лечения. В связи с этим за последние 15 лет в 4–5 раз возросла общая заболеваемость новорожденных, а нарушения нервно-психического развития отмечаются более чем у 25 % детей первого года жизни (Стрижаков А. Н., 2007). Среди других причин роста количества новорожденных с нервно-психическими расстройствами можно назвать и ухудшение экологической обстановки, и низкий уровень благосостояния населения, и рост наркомании, и неудовлетворительную психопрофилактическую работу с беременными, и ошибки родовспоможения.

Одним из важных приоритетных направлений современного акушерства и перинатологии в нашей стране признана разработка проблемы ведения беременности и родов у женщин группы высокого риска (Стрижаков А. Н., 2007).

Становление перинатологии в России и в западных странах происходило по-разному.

За рубежом развитие перинатологии было связано, с одной стороны, с деятельностью врачей-новаторов, ищущих новые пути в акушерстве (таких, как Ф. Ламазе (F. Lamaze), М. Одент (M. Odent), Дж. Дик-Рид (G. Dick-Read) и др.), с другой стороны, оно было обусловлено сильным влиянием психоанализа, которым во многом и было инициировано. В работах таких психоаналитиков, как З. Фрейд (S. Freud), А. Фрейд (A. Freud), М. Кляйн (M. Klein), О. Ранк (O. Rank), С. Ференци (S. Ferenczi), Д. В. Винникотт (D. W. Winnicott), Дж. Боулби (J. Bowlby), М. Айнсворт (M. Ainsworth), Р. А. Шпиц (R. A. Spitz), С. Гроф (S. Grof), С. Лебовиси поднимались вопросы становления психики человека на самых ранних этапах онтогенеза, взаимоотношений, возникающих в системе «мать – дитя». Результаты этих исследований смогли поколебать, а затем и изменить в обществе традиционные представления об антенатальном периоде, о младенческом возрасте. Стало очевидным, что это уникальный, сложный период жизни человека, который необходимо изучать. Это не могло не повлиять на работу акушеров, гинекологов, неонатологов.

В нашей стране выделение перинатологии в отдельную дисциплину стало возможным благодаря большим успехам в области физиологии и патофизиологии внутриутробного развития. Многие из них были обобщены в монографиях Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой (1978, 1985). Существенное значение они придавали изучению «нарушений адаптации матери к зародышу и зародыша к матери», т. е. ими была предпринята попытка рассматривать пренейта (неродившегося ребенка) и мать в виде одной системы «мать – плацента – плод» (Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н., 1985, с. 9). Им была близка идея С. Шиндлер и Х. Зимприх (Schindler S., Zimprich H., 1983), считающих, что матка представляет собой первую экологическую нишу человека.

Во время перинатального периода развития ребенка он живет с матерью практически одной жизнью, поэтому нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у женщины могут оказать пагубное, подчас необратимое влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994б). Состояние беременной женщины может существенно влиять на особенности формирующихся психических функций пренейта, а значит, и определять во многом его жизненный сценарий. После родов действующие в системе «мать – дитя» законы остаются в силе: все происходящее с матерью влияет на ребенка и наоборот. Дитя человека первые месяцы жизни не может выжить вне системы, включающей мать или кого-то, заменяющего ее.

Таким образом, физиологические исследования обосновали диадический подход к перинатальным психологическим исследованиям, рассматривающий ребенка и мать в качестве единой системы. Такой подход плодотворно применялся как в зарубежных исследованиях (Bowlby J., 1951; Ainsworth M., 1969, 1983; Erikson E. H., 1996; Winnicott D. W., 1994, 1998; Mahler M.; Stern D. N., 1977 и др.), так и в отечественных (Варга А. Я., 1987; Колоскова М. В., 1989; Солоед К. В., 1998; Мухамедрахимов Р. Ж., 1994, 1999 и др.). Однако в основном их работы касались развития системы «мать – дитя» и их взаимоотношений. Исследований системы «беременная – пренейт» проводилось значительно меньше. В большинстве случаев плод и беременная женщина изучались как бы изолированно друг от друга, их взаимодействие исследовалось недостаточно. Это связано с большими методологическими трудностями проведения подобных работ. В нашей стране это также объяснялось тем, что диадический подход основывался на психоаналитической теории, а все связанное с психоанализом в Советском Союзе долгое время подвергалось огульной, во многом неоправданной критике.

Работа Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой была в основном ориентирована на изложение перинатологии в аспекте, полезном для акушеров-гинекологов. Но их книга стала настольной и для педиатров, специализирующихся на работе с младенцами (микропедиа-

тров, как их тогда называли). Благодаря развитию и внедрению в практику идей перинатологии в ноябре 1987 г. (т. е. спустя почти два года после выхода в свет книги Н. Л. Гармашовой и Н. Н. Константиновой) в номенклатуру врачебных специальностей России была включена специальность «неонатолог» (лат. *neonatus* – новорожденный; греч. *logos* – наука, учение). В США неонатология появились значительно раньше: уже в 1960 г. она рассматривалась в качестве раздела перинатологии и педиатрии одновременно.

Специалисты в области перинатологии столкнулись с неоднозначным пониманием термина «перинатальный». В Большой медицинской энциклопедии отмечено, что выделение этого возрастного периода, которое произошло в 1960-е гг., было вызвано его большой значимостью для физического, нервно-психического и интеллектуального развития ребенка. Перинатальный период определяется с 28-й недели беременности (когда вес плода достигает 1000 г и более, а рост – 35 см и более), включает период родов и заканчивается к концу 7-х суток жизни новорожденного (Перинатология, 1982, с. 65).

Принятое в 1973 г. на VII Всемирном конгрессе FIGO (Международной федерации акушеров-гинекологов) определение перинатального периода, согласно которому он начинается с 22 полных недель (154 дня) беременности и заканчиваются спустя семь полных суток после рождения, было включено в международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Акушеры и неонатологи продолжительность перинатального периода определяют с 28-й недели внутриутробной жизни человека по 7-е сутки жизни после рождения (Шабалов Н. П., 2006; Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983).

Если строго руководствоваться этими определениями, то поле внимания исследователей будет значительно суженным, а объектами изучения окажутся только плод, а затем новорожденный. При этом нарушается основной принцип диадического подхода. В настоящее время приведенные определения перинатального периода психологами подвергаются ревизии. С точки зрения перинатальных психологов, перинатальный период включает в себя весь пренатальный (греч. *pre* – до; лат. *natus* – рождение) период, сами роды и определенный период времени после рождения. Такое представление более соответствует этимологическому значению понятия (греч. *peri* – вокруг; лат. *natus* – рождение), расширяет терапевтическую временную перспективу, соответствует определению перинатологии, которое дает Грэйс Крайг. Она подчеркивает, что перинатология – это «новая ветвь медицины», которая рассматривает рождение ребенка не как отдельное событие, представленное точкой на оси времени, а как длительный процесс, начинающийся с зачатия и охватывающий весь пренатальный период, сами роды и первые месяцы после рождения (Крайг Г., 2000).

Е. М. Фатеева и Ж. В. Цареградская также указывают на то, что перинатальный психолог «наблюдает за формированием психики ребенка от зачатия до годовалого или даже трехлетнего возраста» (Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В., 2000, с. 166).

Г. Г. Филиппова (2003) приводит два варианта понимания продолжительности этого периода:

• первый – от подготовки к зачатию (вне зависимости от того, планируется оно или нет) до трехлетнего возраста ребенка;

• второй – от зачатия до первого года жизни (Филиппова Г. Г., 2003).

К сожалению, она не пишет, какого варианта придерживается.

Таким образом, длительность как антенатального, так и постнатального периодов, включаемых в сферу интересов перинатологов, авторами оценивается по-разному.

С нашей точки зрения, продолжительность перинатального периода обусловлена тем временем, в течение которого существует система «мать – дитя», характеризующаяся следующими признаками:

• наличие симбиотической связи матери и ребенка;

• несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций;

• отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира.

Все эти признаки можно обнаружить примерно до трех лет жизни ребенка. В трехлетнем возрасте у ребенка появляется самосознание, собственные границы, и система «мать – дитя» прекращает свое существование.

Такое понимание перинатального периода соответствует принятому в ряде англоязычных стран так называемому периоду первичного развития *(primal period)*. В этот период включается стадия «внутреннего вынашивания» и стадия «внешнего вынашивания» уже в социальной среде (Оден М., 2006, с. 45). Таким образом, первичный период развития охватывает время антенатального развития, период родов и раннее детство. Длительность периода определяется степенью созревания адаптивных систем, т. е. временем, когда человек находится в максимальной зависимости от матери (Оден М., 2006).

Основные разделы перинатологии

Заявляя, что основным предметом изучения перинатологии являются «здоровье, болезни и методы лечения детей», Г. Крайг (Craig G., 1976), к сожалению, традиционно подходит к изучению онтогенеза ребенка с преимущественно медицинских позиций и в отрыве от специфики формирующей его среды, т. е. вне контакта с матерью и вне динамики преобразований, одновременно имеющих место в организме матери и плода (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994б). Считая перинатологию разделом медицины, перечисляя такие ее направления, как акушерско-гинекологическое, неонатологическое, эндокринологическое, генетическое, биохимическое, хирургическое, психиатрическое, Г. Крайг называет также социологическое направление, но не выделяет психологического. Это довольно странно, если учесть, что приводимые данные взяты из ее книги *«Психология* развития» (курсив мой. – *И.* Д.) (Крайг Г., 2000).

А. П. Кирющенков (1987) считал необходимым развивать такие разделы перинатологии, как перинатальная фармакология, перинатальная физиология и патофизиология, перинатальная иммунология, перинатальная биохимия, перинатальная морфология (Абрамченко В. В., 1996).

И. Шуссер (Schusser J., 1988) считает, что основными направлениями перинатальных исследований, помимо биохимического, эндокринологического, генетического, физиологического, являются социологическое, педагогическое и *психологическое* (курсив мой. – *И.* Д.) (Schusser G., 1988).

П. Федор-Фрайберг (Fedor-Freybergh P., 2005) полагает, что в перинатологии должны сотрудничать специалисты в области медицины, *психологии, психоанализа,* антропологии, этологии человека, социологии, философии (курсив мой. – *И. Д.)* (Федор-Фрайберг П., 2005).

Р. Линдер (R. Linder), действующий президент Международной ассоциации пренатальной и перинатальной психологии и медицины (ISPP), на XVII Международном конгрессе ISPP в своем обращении отметил необходимость интеграции акушерства, неонатологии, *психологии, психотерапии,* социологии, генетики, физики и других дисциплин (2007) (курсив мой. – *И. Д.).*

Как у нас, так и за рубежом в процессе решения теоретических и практических задач перинатологии, зародившейся и представляющей собой область медицины, в настоящее время естественным путем оформились три больших раздела: собственно перинатальная медицина, перинатальная психология, перинатальная педагогика (рис. 1).



Рис. 1

Перинатальная психология и перинатальная педагогика выделились из перинатальной медицины – тогда, когда общество созрело для постановки и решения соответствующих задач. Появление этих разделов ознаменовалось тем, что специалисты, работающие в соответствующих областях, стали организовывать тематические конференции, съезды, конгрессы, создавать свои ассоциации. Однако для многих врачей перинатология была и остается областью исключительно медицины.

Признаком роста внимания к проблемам перинатологии в нашей стране явилось переименование издающегося с 1956 г. журнала «Вопросы охраны материнства и детства». С 1993 г. он называется «Российский вестник перинатологии и педиатрии». Главный редактор журнала – А. Д. Царегородцев. Содержание журнала, как и до переименования, продолжало и продолжает оставаться исключительно медицинским. Работ, посвященных психологическим проблемам перинатологии, на его страницах почти не появляется.

Переименование журнала предшествовало созданию Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), которая была учреждена в марте 1994 г. Первым президентом РАСПМ был избран ректор РМАПО, заведующий первой в стране кафедры неонатологии, профессор В. В. Гаврюшов. Свой первый съезд ассоциация провела в Суздале в 1995 г. Съезд определил приоритетные направления деятельности, принял решение о разработке и внедрении новых перинатальных технологий, об издании методических рекомендаций по актуальным проблемам перинатальной медицины, о сотрудничестве с Международной федерацией акушеров-гинекологов (FIGO). С 1995 г. ассоциацию возглавляет академик РАМН Н. Н. Володин. Основной целью создания ассоциации явилось объединение усилий врачей различных специальностей в направлении повышения эффективности профилактики, ранней диагностики и лечения врожденных и перинатальных заболеваний, снижения младенческой смертности, предупреждения ранней инвалидизации с детства. В настоящее время ассоциация включает ряд региональных отделений и объединяет почти полторы тысячи врачей различных специальностей. Члены ассоциации регулярно собираются на конференциях различного уровня, обсуждая актуальные проблемы перинатологии. Тема перинатальной психологии на этих собраниях, как правило, не звучит, хотя интерес к ней начинает появляться. Так, в марте 2003 г. под руководством президента Российской ассоциации акушеров-гинекологов академика РАМН В. И. Кулакова проводился форум «Репродукция человека». Его центральным событием стал симпозиум «Репродукция и экология», на котором впервые одна из секций была целиком посвящена вопросам перинатальной психологии и психотерапии.

Отражением тенденций выделения из перинатальной медицины разделов перинатальной психологии и перинатальной педагогики явилось создание соответствующих объединений.

За рубежом первой организацией, объединившей перинатальных психологов, стало созданное в Вене в 1971 г. психоаналитиком Густавом Хансом Грабером (Gustav Hans Graber) Международное общество перинатальной психологии (International Society of Perynatal Psychology – ISPP). Зарубежные коллеги, так же как и отечественные, испытывали определенные сложности в налаживании взаимопонимания между врачами и психологами, занимающимися вопросами перинатологии. В связи с этим в 1986 г. на очередном конгрессе общества (в Бадгаштайне, Австрия) по инициативе профессора Петера Федор-Фрайберга общество было преобразовано в междисциплинарное Международное общество пренатальной и перинатальной психологии и медицины (International Society of Pre– and Perynatal Psychology and Medicine – ISPP). Его экс-президент Людвиг Янус (Ludvig Janus) так объяснил мне необычность такого названия. Включая в название общества прилагательное «пренатальный», Федор-Фрайберг полагал, что термин «перинатальный» включает и его, однако он хотел подчеркнуть значение пренатального периода, стимулировать исследования именно в этой области, которой активно занимался и занимается сам.

В настоящее время ISPP объединяет специалистов в области перинатальной медицины из многих стран мира, имеет свои представительства в Австралии, Австрии, Англии, Венгрии, Германии, Греции, Израиле, Испании, Нидерландах, Польше, Сербии, Словакии, Хорватии, Швейцарии; регулярно проводит конференции и конгрессы в разных странах.

В Северной Америке первый учредительный американский конгресс по пре– и перинатальному воспитанию состоялся в 1983 г. в г. Торонто. На нем по инициативе доктора Томаса Верни (Thomas Verny) была основана Ассоциация пре– и перинатальной психологии Северной Америки, президентом которой он был избран. Позднее ассоциация была переименована в Ассоциацию пре– и перинатальной психологии и здоровья (Association of Pre– and Perynatal Psychology and Medicine – APPrAM).

Во Франции в 1982 г. по инициативе Мари-Андре Бертин (Marie-Andree Bertin) была создана Национальная ассоциация пренатального воспитания (ANEP). Позднее подобные ассоциации стали появляться в других странах. В 1991 г. они объединились в Международную организацию ассоциаций перинатального образования (OMAEP). Своей целью члены OMAEP ставят пропаганду в мире пренатального образования, понимая его и как передачу знаний и навыков и как образование, направленное на развитие потенциала человека в контексте его взаимоотношения с миром.

OMAEP координирует деятельность входящих в нее ассоциаций разных стран, предоставляет им возможность обмена опытом, организует обучающие семинары. Принципиально важным является то, что OMAEP и ассоциации, входящие в нее, декларируют отсутствие какой бы то ни было религиозной или политической ориентации. В настоящее время OMAEP возглавляет почетный член государственного Совета Греции, президент греческой Ассоциации пренатального образования Джоанна Мари (Joanna Mari).

OMAEP регулярно организует симпозиумы, национальные и международные конференции и конгрессы, посвященные различным аспектам пренатального образования: «Пренатальное образование – надежда будущего» (Гренада, Испания), «Пренатальное образование со времен античной Греции до XXI в.» (Греция, Афины, 1994), «Биологические и психологические основания пренатального образования» (Италия, Рим, 1998), «К миру без насилия!» (Каракас, 2001), «Пренатальное образование на службе мира» (Греция, Афины, 2004). Последний конгресс «Пренатальное образование как фактор мира» состоялся в мае 2007 г. в Лозанне (Швейцария). В его работе принимал участи врач-акушергинеколог Мишель Оден (Michel Odent). К сожалению, на конгрессе не было ни одного представителя России.

Благодаря деятельности OMAEP, пропаганде перинатального образования были созданы спецкурсы, которые вошли в программы обучения психологов в 8-м Парижском университете, в университетах Рима и Падуи. В Университете Сиены изучается влияние перинатального образования на развитие ребенка, на его взаимоотношения с матерью во время беременности, в родах, после рождения. В Боготе перинатальное образование включено в официальную программу обучения врачей в медицинском колледже.

Коллеги из ISPP приглашаются и часто выступают на международных конгрессах, организуемых OMAEP.

В России из перинатологии как области медицины несколько позднее стали выделяться разделы перинатальной психологии, педагогики, создаваться соответствующие объединения специалистов. При этом их возникновение и становление у нас примерно повторяет то, что происходило за рубежом. Схожесть этих процессов отражает не слепое подражание Западу, а определенные закономерности развития перинатологии.

В марте 1997 г. в Санкт-Петербурге состоялась учредительная конференция, на которой было принято решение о создании Межрегиональной ассоциации перинатальной психологии и медицины (МАППМ). Президентом ассоциации был избран акушер-гинеколог, доктор медицинских наук, профессор Г. И. Брехман (Иваново). В 2001 г. Межрегиональная ассоциация перинатальной психологии и медицины в связи с увеличением количества ее членов, представляющих большинство регионов нашей страны, была переименована в Российскую ассоциацию перинатальной психологии и медицины России (РАППМ). После

отъезда профессора Г. И. Брехмана из страны президентом РАППМ стала психолог, доктор психологических наук, профессор Н. П. Коваленко (Санкт-Петербург). С момента создания АППМ в России регулярно проводятся конференции, собирающие врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, невропатологов, психиатров, психотерапевтов и психологов и других специалистов, имеющих отношение к перинатальным проблемам. Вначале эти конференции собирали преимущественно психологов, но с каждым годом все больше врачей принимает участие в их работе. Ассоциация вносила и вносит определенный вклад в улучшение взаимодействия в области перинатальной психологии и врачей и психологов. Одним из показателей этого является тот факт, что с 1999 г. одним из учредителей этих конференций стал Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии РАМН (директор – академик Э. К. Айламазян). Большую роль в этом сыграл профессор института, доктор медицинских наук В. В. Абрамченко. С 1999 г. с ассоциацией активно сотрудничает кафедра физиологии высшей нервной деятельности Санкт-Петербургского государственного университета, возглавляемая академиком РАО, доктором биологических наук, профессором А. С. Батуевым. С 2001 г. в работе перинатальных конференций принимают участие зарубежные коллеги, в том числе представители ISPP.

Параллельно с РАППМ в Москве была создана Российская ассоциация пре– и перинатального развития (РАППР), по своей структуре и задачам отвечающая требованиям ОМАЕР. Ее бессменным президентом является кандидат педагогических наук Н. А. Чичерина (Москва). Регулярно эта ассоциация проводит конференции. Развитие сотрудничества Ассоциации перинатального воспитания и Ассоциации перинатальной психологии и медицины России вылилось в соглашение активно участвовать в работе конференций друг друга, проводить их не ежегодно, а раз в два года по очереди.

Так как у специалистов в области перинатальной психологии возникла потребность встречаться и делиться опытом чаще, чем один раз в год на конференции, в 2000 г. при Санкт-Петербургском психологическом обществе была создана секция перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии (руководитель – кандидат медицинских наук, доцент И. В. Добряков), заседания которой проходят ежемесячно. Через два года в феврале в Москве на Всероссийской конференции «Психология и ее приложения» по инициативе президента Российского психологического общества академика А. В. Брушлинского было принято решение организовать в рамках общества секцию перинатальной психологии. Владимир Николаевич считал принципиальным, чтобы секцию возглавили врач и психолог. По его мнению, это должно способствовать укреплению связей и сотрудничеству медиков и психологов в области перинатальной психологии. Сопредседателями секции стали доктор психологических наук Г. Г. Филиппова (Москва) и кандидат медицинских наук И. В. Добряков (Санкт-Петербург).

С 2004 г. благодаря энергичной деятельности Г. Г. Филипповой начал издаваться журнал «Перинатальная психология и психология родительства». Она же стала его главным редактором.

Рост интереса к перинатальным проблемам привел к необходимости подбора и адаптации известных психотерапевтических методик, к необходимости разработок специальных перинатальных психокоррекционных и психотерапевтических техник, методик, подходов. Это обусловило создание в 2003 г. в рамках Профессиональной психотерапевтической лиги России секции перинатальной психотерапии. Ее руководителем стала врач-акушер-гинеколог и психотерапевт Е. Ю. Печникова (Москва).

Очередной 18-й конгресс ISPP «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии» состоялся в мае 2007 г. Он, во многом благодаря организаторским способностям Н. А. Чичериной, проходил в Москве. Президент ISPP Руперт Линдер (Rupert Linder) в связи с этим

выступил с обращением, в котором целями деятельности ISPP назвал объединение важнейших научных исследований и новейших методов научного знания стран разных континентов, а также координацию, обмен и передачу уникальной информации мировой общественности. Он отметил, что избрание Европейским сообществом именно России в качестве места проведения очередного 18-го конгресса ISPP является выражением признания заслуг российских ученых и практиков в развитии идей перинатальной психологии и медицины.

В каждом из больших разделов перинатологии со временем выделились и продолжают выделяться отдельные направления. Причем их формирование зависит от самых разных факторов, а потому не имеет общего принципа.

Перинатальная медицина как раздел перинатологии

Как было показано, разными исследователями выделяются различные направления собственно перинатальной медицины как раздела перинатологии. С нашей точки зрения, на настоящий момент наиболее сформировавшимися основными направлениями являются акушерство и гинекология, неонатология, перинатальная хирургия, перинатальная эндокринология, перинатальная генетика, перинатальная психотерапия, перинатальная психиатрия, перинатальная физиология и патофизиология. Каждое из них заслуживает написания отдельной монографии (рис. 2).



Рис. 2

Остановимся, однако, только на перинатальной психиатрии и перинатальной психотерапии, так как междисциплинарные связи перинатальной психологии с ними наиболее выражены.

Перинатальная психиатрия как раздел перинатальной медицины

Интерес психиатров к перинатальным проблемам обозначился лишь в последние десятилетия прошлого века. В литературе стали встречаться такие термины, как «педопсихиатрия», «младенческая психиатрия», «психиатрия детско-родительских отношений»,

«микропсихиатрия», а также «перинатальная психиатрия». До этого долгое время считалось, что психиатру имеет смысл показывать детей только после того, как им исполнилось три года. Если же до достижения этого возраста у ребенка возникали явные нарушения психических функций, развития, поведения, то родители обращались за помощью к педиатрам и невропатологам. Во многом это было обусловлено сложностью работы с детьми раннего возраста. Психиатр, работающий с ними, должен быть, по мнению М. П. Гин, не только психиатром, но и специалистом в области индивидуальной, семейной терапии и консультантом в педиатрической практике (Гин М. П., 1999). Перинатальному психиатру совершенно необходимо не только знать перинатальную психологию и психотерапию, но и уметь использовать их в работе с младенцами, имеющими психические отклонения, и с их матерями, подчеркивает одна из основоположников отечественной микропсихиатрии профессор Г. В. Козловская (Козловская Г. В., 1995). В качестве самостоятельного раздела детской психиатрии микропсихиатрия начинает активно развиваться с 1970-1980-х гг. благодаря трудам О. В. Баженовой, В. М. Башиной, М. Ш. Вроно, А. В. Горюновой, Л. Т. Журба, Е. И. Кириченко, Г. В. Козловской, К. С. Лебединской, Е. М. Мастюковой, Б. Е. Микиртумова, О. С. Никольской, Г. В. Скобло, Ю. С. Шевченко и др. Особо следует отметить вклад в развитие отечественной микропсихиатрии Б. Е. Микиртумова с сотрудниками, которые в 2001 г. выпустили первую в России монографию «Клиническая психиатрия раннего детского возраста».

Термин «микропсихиатрия» (греч. *mikros* – малый) отражает возрастной диапазон маленьких пациентов. Кроме того, Г. В. Козловская считает такое наименование данного раздела оправданным в связи с тем, что многие психопатологические симптомы у детей раннего возраста представлены микросимптоматикой (Козловская Г. В., 1995). Термин «микропсихиатрия» довольно распространен в России и в ряде зарубежных стран, хотя в последнее время от него отходят. На конференции по микропсихиатрии, состоявшейся в Москве в 2006 г., профессор А. В. Горюнова критиковала термин «микропсихиатрия» и предположила, что скоро он выйдет из употребления, так же как термин «микропедиатрия» был вытеснен термином «неонатология».

С нашей точки зрения, название «перинатальная психиатрия» наиболее полно отражает суть и задачи данного раздела психиатрии. Очевидно поэтому один из первых и самых представительных международных конгрессов в этой области, состоявшийся в январе 1996 г. в Монте-Карло (Монако), назывался «Международный симпозиум по перинатальной психиатрии» (Colloque International de Psychiatrie Perinatale). В его работе участвовали представители Европы (Англии, Бельгии, Германии, Испании, Монако, России, Франции, Швеции, Швейцарии), Америки (Бразилии, Мексики), Азии (Бангладеш), Африки (Мали, Алжира). Наибольшее впечатление на меня произвели доклады С. Лебовиси, П. Мазета (P. Mazet), Б. Голса (B. Golse), М. Р. Моро (M. R. Moro, Франция), Л. Апплеби и Л. Мюррей (L. Appleby, L. Murray, Англия), Дж. Л. Коха (J. L. Cox, Германия), Ю. Готиер (Y. Gauthier, Канада), Дж. Манзано (J. Manzano, Швеция), С. Колина (S. Colin, Испания). На этом международном форуме обсуждались не только проблемы перинатальной психиатрии, но и вопросы перинатальной психологии, психотерапии.

Перинатальную психиатрию можно определить как *раздел детской психиатрии, посвященный изучению этиологии, патогенеза, клиники и распространенности, а также разработке методов диагностики, лечения, абилитации и профилактики психических расстройств детей, возникающих на самых ранних этапах онтогенеза от зачатия до первых месяцев жизни после рождения в контексте взаимодействия ребенка с матерью и ее психического состояния* (Добряков И. В., 2005).

Руководствуясь диадическим подходом, следует включать в область интересов перинатальной психиатрии и психические расстройства, возникающие у женщин в связи с беременностью, родами, общением с младенцем, кормлением грудью. Таким образом, перина-

тальная психиатрия тесно соприкасается с гинекологической психиатрией, выделенной и развиваемой на кафедре психиатрии Казанского медицинского института Д. М. Менделевичем и В. Д. Менделевичем (Менделевич Д. М., Менделевич В. Д., 1993). Они рассматривают гинекопсихиатрию как науку, изучающую психические нарушения, возникающие при гинекологических заболеваниях и при различных состояниях репродуктивного процесса (в том числе во время беременности, в послеродовом периоде) (Менделевич Д. М., Менделевич В. Д., 1993).

Этим проблемы серьезно изучала Т. Т. Сорокина, обобщившая свой опыт в книге «Роды и психика» (Сорокина Т. Т., 2003). Она хотела, чтобы ее труд стал ступенькой на пути сближения психиатрии с другими медицинскими дисциплинами (прежде всего с акушерством, гинекологией), а также с перинатальной психологией.

Перинатальная психотерапия как раздел перинатальной медицины

Задолго до выделения перинатальной психотерапии встречались отдельные работы, посвященные психотерапевтической помощи беременным женщинам, семьям, ожидающим ребенка, семьям новорожденных (Платонов К. И., 1933, 1962; Вельвовский И. З., 1963; Виш И. М., 1964; Лебединский М. С., 1971; Варшавский К. М., 1973; Буль П. И., 1974; Карвасарский Б. Д., 1985; Добряков И. В., 1993, 1997; Захаров А. И., 1998; Сахаров Е. А., 1989, 1990; Архангельский А. Е., 1999; Мухамедрахимов Р. Ж., 1999; Швецов М. В., 2001; Ласая Е. В., 2003; Lucas K. (Лукас К.), 1965; Лебовиси С. (Lebowici S.), 1983; Минухин С. (Minuchin S.), Фишман Х. Ч. (Fishman H. Ch.), 1998 и др.).

Однако ни беременные женщины, ни, к сожалению, гинекологи и терапевты, наблюдающие их, не знали и не знают, в каких случаях нужно обращаться к психотерапевту. В женских консультациях, родильных домах до последнего времени получение пациентками психотерапевтической помощи не предусматривалось. Нередко эти учреждения сотрудничают с психологами, но задачи последних сводятся к участию в подготовке женщин к родам. Диагностикой нервно-психических расстройств и психотерапией они, как правило, не занимаются. По данным Р. А. Шпицера (R. L. Spitzer) с соавт., у 20 % из трех тысяч обследованных пациенток, получающих акушерско-гинекологическую помощь, обнаруживаются нервно-психические расстройства, из которых распознается лишь 33 % (Spitzer R. L., Williams J. B., Kroenke K. et al., 2000). В результате большинство женщин, нуждающихся в психотерапевтической помощи, ее не получают. Ситуация может измениться к лучшему, если среди специалистов, наблюдающих беременную женщину, обязательно будет перинатальный психолог, умеющий выявить нервно-психические нарушения, провести психокоррекционную работу или замотивировать женщину на прохождение психотерапии и направить ее к психотерапевту. К сожалению, многие психологи, не имеющие достаточных знаний и квалификации, сами берутся за проведение психотерапии. Этому способствует распространенное мнение, что перинатальная психотерапия является всего лишь практическим приложением к перинатальной психологии (Филиппова Г. Г., 2007). Это так же наивно, как рассматривать терапию или хирургию в качестве прикладных разделов нормальной физиологии.

Объекты и предметы профессиональной деятельности перинатального психолога и психотерапевта в основном совпадают. Однако к предметам профессиональной деятельности перинатального психотерапевта следует добавить нервно-психические расстройства, связанные с репродуктивным процессом и требующие лечения. Виды деятельности указанных специалистов тоже совпадают, но к ним добавляется собственно психотерапия (лечение).

Развитие перинатальной психотерапии совершенно необходимо, так как общепризнано, что беременность для женщины является периодом повышенного риска для соматического и психического здоровья. Жалобы беременных невротического характера либо объясняются «особым положением» женщины и игнорируются, либо ведут к назначению симптоматической медикаментозной терапии.

Известно, что 35 % женщин во время беременности принимают психотропные препараты (Карпов О. И., Зайцев А. А., 1998), а ведь оценка по критериям FDA[1]доказывает, что абсолютно безопасных психотропных препаратов не существует. Как справедливо отмечает Г. Крайг (G. Craig), даже если установлено, что данное лекарство совершенно безвредно для взрослой женщины, это еще не означает, что оно так же безвредно для крошечного развивающегося организма, который во всем зависит от матери и живет в создаваемой ею среде (Крайг Г., 2000).

Психотерапия – это лечебное воздействие на психику и через психику на организм больного (Карвасарский Б. Д., 1985). Исходя из этого определения под **перинатальной психотерапией** следует понимать *систему лечебного психического (психологического) воздействия на психику женщины и ребенка в антенатальном (герминальном, эмбриональном, фетальном), интранатальном и постнатальном периодах, а через психику – на организм женщины и ребенка* (Добряков И. В., 2000, 2001, 2002).

Кроме того, еще до зачатия, только при планировании деторождения, будущим родителям бывает просто необходима консультация психотерапевта. От других направлений психотерапии перинатальную отличают:

• диадический характер объекта психотерапевтического воздействия (системы «беременная – плод» или «мать – дитя»);

• семейный характер проблем, которые она предназначена решать;

• низкий уровень осведомленности пациентов, нуждающихся в перинатальной психотерапии, о возможности ее получения;

• необходимость активного выявления нуждающихся в перинатальной психотерапии и формирования у них мотивации на лечение;

• ятрогенный и психологогенный характер ряда нарушений, являющихся показанием к применению перинатальной психотерапии;

• последовательная смена задач перинатальной психотерапии, связанных со стадиями жизнедеятельности семьи, этапами реализации репродуктивной функции; необходимость тесного сотрудничества перинатального психотерапевта с другими специалистами (акушерами-гинекологами, неонатологами, психологами);

• предпочтительность краткосрочных психотерапевтических методик; дефицит специфического психологического инструментария и методических разработок в области перинатальной психотерапии; недостаточное количество грамотных специалистов, способных осуществлять перинатальную психотерапию;

• профилактическая направленность перинатальной психотерапии.

Психотерапевтические методики могут заменить в акушерстве целый ряд седативных препаратов и не только.

Перинатальная педагогика как раздел перинатологии

В настоящее время произошло осознание факта ведущей роли перинатальных факторов в этиологии и патогенезе очень многих, если не большинства, хронических болезней

[1] FDA – Food and Drug Administration – Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (США).

человека (Шабалов Н. П., 2006), в том числе и нервно-психических. Многие патологические процессы, происходящие в перинатальном периоде, оставляют глубокий след и проявляются в последующей жизни, являясь основой для формирования патологии как у детей, так и у взрослых. В связи с этим несомненно, что активная профилактика нервно-психических расстройств прежде всего должна быть обращена к перинатальному периоду. Выделение в перинатологии области перинатальной педагогики было обусловлено, с одной стороны, развитием науки и получением многочисленных фактов, свидетельствующих о том, что у плода рано развиваются психические функции, о возможности установить с ним обратную связь. С другой стороны, возникло понимание, что профилактика осложнений течения различных этапов репродуктивного процесса во многом может быть основана на предоставлении женщине и мужчине тщательно отобранной информации об этом, снижающей тревогу перед неизвестным, на усвоении ими целого ряда навыков, на выработке поведенческих стереотипов.

Процесс обучения и воспитания в основном происходит за счет:

• предоставления информации, ознакомления с ней и усвоения ее;

• общения с окружающими и подражания им;

• приобретения собственного опыта.

Н. Д. Подобед считает, что уже плод может получать информацию «на клеточном уровне». «Ни в один из моментов своей дальнейшей жизни человек не развивается так интенсивно, как в пренатальном периоде, начиная с клетки и превращаясь в совершенное существо, обладающее удивительными способностями и неугасимым стремлением к знанию» (Подобед Н. Д., 2001, с. 27). С ее точки зрения, воспитание и обучение в пренатальном периоде происходит в основном за счет «впитывания информации». В возможностях плода к имитации и к приобретению опыта она сомневается.

Элементы дородового воспитания можно найти в обычаях и традициях разных народов. Например, еще в древности на Руси было принято так называемое «внутриутробное пестование».

В XX в. был проведен ряд исследований, доказавших реальность обучения пренейтов. Это возможно как при непосредственном воздействии на их тактильный и слуховой анализаторы, так и опосредованно через организм матери. При систематическом и целенаправленном раздражении анализаторов происходит активизация нейронов, стимулируется процесс образования межнейронных связей (Бертин А. М., 1992; Комова М. Е., 1997; Чичерина Н. А., 2001, 2007). Т. Верни (Th. Verny) утверждает, что «плод видит, слышит, ощущает вкус, приобретает опыт и даже обучается in utero» (Верни Т., 2005, с. 5).

Ф. Дольто (F. Dolto), ученица Ж. Лакана (J. Lacan), и Ф. Вельдман (F. Veldman) разработали метод аффективного, т. е. наполненного эмоциональным смыслом, психотактильного контакта. Метод получил название «гаптономия» (греч. *hapsis* – трогать). В настоящее время этот метод продолжает развивать и внедрять в практику дочь Ф. Дольто – К. Дольто-Толич (C. Dolto-Tolich). Она подчеркивает, что гаптономия – не телесно-ориентированная психотерапия. Суть гаптономии в том, чтобы прикасания были взаимными, отражали не тактильное ощущение, а присутствие другого человека, были наполнены эмоциональным содержанием. Гаптономия может использоваться на любом этапе онтогенеза человека, но наиболее распространена именно перинатальная гаптономия, проводимая во время работы с беременными женщинами, позволяющая устанавливать контакт с плодом. К. Дольто-Толич считает перинатальную гаптономию самым эффективным способом профилактики осложнений в течение беременности и родов (Дольто-Толич К., 2003).

Воздействия на тактильный анализатор могут сочетаться с воздействием на слух, разработаны и продолжают разрабатываться соответствующие методики. Петербургский профессор консерватории А. Г. Юсфин имеет опыт «музыкального воспитания в перинатальном

периоде» (Юсфин А. Г., 1997, 2005). Он пишет, что музыка – один из тех агентов, воздействие которого несомненно, который проникает сквозь любые преграды и роль которого в формировании (и, шире, в существовании) соматической, психической и духовной структуры человека общеизвестна и не нуждается в обосновании (Юсфин А. Г., 2005, с. 176). С 1983 г. в нашей стране применяется программа «кардиосенсорной регуляции развития плода», разработанная М. Л. Лазаревым (Лазарев М. Л., 2007).

Обучение потенциальных родителей (до зачатия и в период беременности), родителей, имеющих маленького ребенка, возможно и путем получения новой информации, и благодаря приобретению новых навыков, опыта.

Однако перинатальная педагогика, включая пренатальную, не ограничивается ею. Наиболее удачное определение педагогики пренатального периода, по нашему мнению, принадлежит К. Н. Белогай: «Пренатальная педагогика представляет собой комплексное воздействие (через музыку, эстетические впечатления, положительные эмоции) на беременную, плод, семейную систему в целом, с целью оптимизации внутриутробного развития ребенка» (Белогай К. Н., 2008, с. 40).

В настоящее время в нашей стране важность и эффективность перинатальной педагогики признана и является обязательным разделом работы медицинских работников лечебно-профилактических учреждений охраны материнства и детства (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г. № 50 – см. приложение). В лечебно-профилактических учреждениях организуются «Школы материнства», «Школы молодой матери». Сведения об организации таких школ в качестве профилактической медицинской услуги вносятся в документы официальной медицинской статистической отчетности лечебно-профилактических учреждений (Ф. 30, раздел 10, код 4809). Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 г. «Система стандартизации в здравоохранении Российской Федерации» они включены в отраслевой классификатор «Сложные и комплексные медицинские услуги» (раздел 04 – «Медицинские услуги по профилактике»).

С точки зрения Н. А. Гительсон (2001), само понятие «материнская школа» подразумевает комплексный подход, включающий освещение вопросов медицины, психологии, педагогики, культуры, искусства, философии, социальные вопросы. «Новая школа материнства» должна основываться на осознании глубинного исторического опыта нашей страны, на достижениях отечественной дошкольной педагогики, на изучении европейского опыта. К занятиям в таких школах, по ее мнению (которое мы полностью разделяем), должны привлекаться и бабушки (Гительсон Н. А., 2001).

Целый ряд авторов специализируются на разработке обучающих программ, посвященных работе психолога с родителями детей младшего возраста (Лютова Е. К., Монина Г. Б., 2000; Чиркова Т. И., 1998, 2003 и др.).

Широкое распространение обучения родителей, будучи безусловно положительным явлением, имеет и свою оборотную сторону. Если обучение проводится недостаточно компетентными специалистами, возможно появление большого количества негативных последствий, вплоть до формирования у слушателей родительских школ нездоровых амбиций, выражающихся в стремлении к несвоевременно раннему развитию детей. Завышенные притязания и требования к пренейтам и к детям раннего возраста, неправильные воспитательные установки приводят к перенапряжению, к развитию у детей нервно-психических нарушений (прежде всего невротического регистра), которые следует расценивать как дидактогении. В связи с этим становится актуальной проблема организации качественных методических разработок для родительских школ, подготовки квалифицированных препо-

давателей, налаживания системы государственного лицензирования предлагаемых ими программ.

Разработки, посвященные вопросам перинатальной педагогики, можно сгруппировать следующим образом (рис. 3).

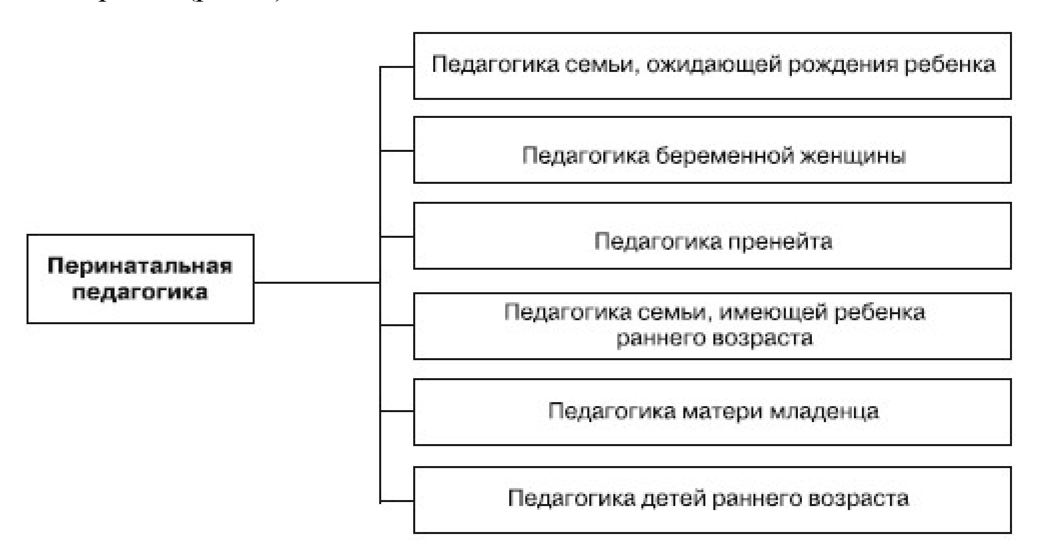


Рис. 3

Важно, чтобы специалист в области перинатальной педагогики имел представления обо всех перечисленных методиках, даже если его конкретная работа ограничена рамками только одной их них.

В презентации Международной организации ассоциаций перинатального образования (ОМАЕР) говорится, что широкое внедрение пренатального образования может иметь целый ряд благотворных последствий. Для ребенка оно является фундаментальной профилактикой генетически не обусловленных соматических и психических расстройств, способствует формированию здорового, уравновешенного, творческого и открытого человека. Пренатальное образование облегчает последующее обучение ребенка, а затем подростка благодаря рано сформированным связям его с родителями.

Пренатальное образование родительской пары способствует личностному росту женщины и мужчины, укрепляет их взаимоотношения, обеспечивает легкое родоразрешение как следствие нормально протекающей, прожитой в полноценном общении с пренейтом беременности.

Пренатальное образование, укрепляя семьи, делая их более гармоничными и стабильными, способствуя нормальному течению беременности и рождению здоровых, желанных детей, воспитываемых в уважении, любви и доверии, а следовательно, – творческих, открытых, неагрессивных, имеет большое значение и для развития общества в целом.

Все это относится не только к перинатальной педагогике, но и, пожалуй, еще в большей степени – к перинатальной психологии.

Перинатальная психология как раздел перинатологии

Как уже отмечалось, сегодня можно констатировать повышение интереса к перинатальной психологии. С каждым годом печатается все больше как популярных, так и научных изданий, посвященных различным вопросам перинатальной психологии. На психологических факультетах университетов разрабатываются программы спецкурсов по перинатальной психологии. Различные курсы тематического усовершенствования специалистов, циклы обучения перинатальной психологии пользуются большим спросом у психологов и в меньшей степени у врачей.

Беременным женщинам предоставляется широкий выбор курсов дородовой подготовки, большинство из которых включает занятия с психологами. Средства массовой информации все чаще публикуют материалы, на телевидении проводят ток-шоу, посвященные вопросам перинатальной психологии. Можно перечислить еще целый ряд фактов, свидетельствующих о росте ее популярности. С одной стороны, это, конечно, радует. Однако следует отметить, что качество и печатной продукции, и обучения, и оказания психологических перинатальных услуг очень часто оставляет желать лучшего. Это связано с тем, что до сих пор не сформированы целостные представления о многих сложнейших механизмах различных психологических аспектов репродуктивной функции человека. Этому препятствуют дефинитивные барьеры и отсутствие общего биопсихосоциального подхода. В связи с этим представляется актуальным уточнение определений, выделение отдельных направлений перинатальной психологии.

Федор-Фрайберг видит в перинатальной психологии, стремящейся к интеграции различных дисциплин, относительно новое междисциплинарное научное поле совместных медицинских и психологических исследований основополагающих вопросов жизни. Он считает, что перинатальная психология «может служить «психосоматической» моделью, демонстрирующей неразрывность психологического и физического процессов в континууме человеческой жизни с самого ее начала» (Федор-Фрайберг П., 2005, с. 13).

Динамику взглядов на перинатальную психологию отечественных исследователей можно проследить по попыткам дефиниций, предпринимаемым в разные годы.

Г. И. Брехман определял перинатальную психологию как новую область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития человека на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь личности (Брехман Г. И., 1997, с. 8). Она призвана выявлять и научно обосновывать тонкие процессы восприятия пренейтом информации от матери и окружающего мира, закрепления этой информации в памяти, становления у него психических функций.

Е. М. Фатеева и Ж. В. Цареградская видят в перинатальной психологии «область психологии ребенка антенатального и перинатального периода, грудного и раннего возраста, а также психологии беременной, роженицы и кормящей матери». Предметом изучения перинатальной психологии они считают «закономерности и оптимальные условия для формирования и развития ребенка» (Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В., 2000, с. 167). Позднее Ж. В. Цареградская писала, что перинатальная психология изучает переживания плода перед родами, во время них, в первые часы и дни жизни ребенка (Цареградская Ж. В., 2003).

Н. А. Жаркин полагает, что «перинатальная психология является новым научным направлением в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека» (Жаркин Н. А., 2001, с. 4).

Г. Г. Филиппова также считает перинатальную психологию самостоятельным направлением, занимающимся «проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах» (Филиппова Г. Г., 2002, с. 22). Позднее, в 2003 г., Г. Г. Филиппова, делая акцент на отношения ребенка с родителями, отмечает, что перинатальная психология занимается «изучением развития ребенка и его взаимосвязей с родителями (в первую очередь с матерью) в период подготовки родителей к зачатию до завершения основных возрастных стадий сепарации ребенка от матери (Филиппова Г. Г., 2003, с. 13). В другой работе она дает следующее определение: перинатальная психология – это «область психологии, которая занимается проблемами зачатия, вынашивания, рождения ребенка и ранним периодом его развития» (Филиппова Г. Г. и др., 2007, с. 12).

Н. П. Коваленко-Маджуга в 2001 г. отмечала, что причиной возникновения перинатальной психологии является противоречие, с которым столкнулись специалисты, занимающиеся родоразрешением: с одной стороны, очевиден прогресс медицины, а с другой

– ухудшение здоровья женщин и детей. Она определяла перинатальную психологию как «систему знаний», «объединившую, аккумулировавшую в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего» (Коваленко-Маджуга Н. П., 2001, с. 12).

В 2004 г. в монографии, выпущенной ею совместно с В. В. Абрамченко, в определении делаются несколько иные акценты. В. В. Абрамченко и Н. П. Коваленко полагают, что «перинатальная психология, рассматривая систему «мать – дитя – отец» как целостную физико-эмоциональную (духовную) систему, выстраивает закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей» (Абрамченко В. В., Коваленко Н. П., 2004, с. 95). В работе того же года Н. П. Коваленко уточняет, что перинатальная психология – «область психологии, изучающей систему «мать – отец – дитя» при обстоятельствах вынашивания, рождения и вскармливания ребенка. В этот период особенно ярко проявляется сила симбиотической связи ребенка и родителей (особенно матери), благодаря которой обеспечиваются условия развития младенца» (Коваленко Н. П., 2004, с. 10).

Н. Г. Иглина и О. В. Магденко считают перинатальную психологию новой областью знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь (Иглина Н. Г., Магденко О. В., Конах Д. В., 2006).

К. Н. Белогай определяет перинатальную психологию «как область исследования, изучающую развитие ребенка и его взаимосвязи с родителями (в первую очередь с матерью) в период подготовки родителей к зачатию до завершения основных стадий сепарации (отделения) ребенка от матери (Белогай К. Н., 2008, с. 12).

Можно заметить, что приведенные определения не противоречат друг другу, а, скорее, дополняют. В то же время их особенности отражают взгляды и интересы авторов.

С нашей точки зрения, **перинатальная психология** – *это область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью.*

Определение перинатальной психологии отражает ее основные разделы, отличающиеся задачами, встающими перед психологом на разных этапах репродуктивного процесса (рис. 4).

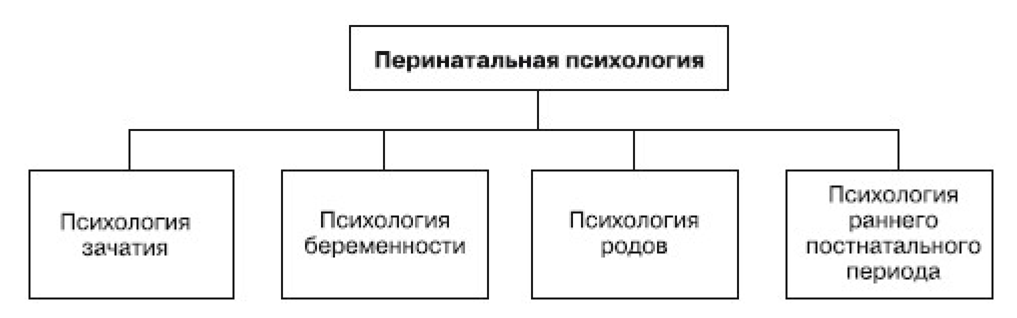


Рис. 4

Кроме того, с нашей точки зрения, перинатальная психология может быть представлена такими разделами, как общая, медицинская (клиническая) и специальная перинатальная психология (рис. 5).



Рис. 5

Медицинская перинатальная психология исследует особенности динамики психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза, а также занимается проблемой взаимоотношений медицинских работников учреждений акушерско-гинекологического профиля и пациенток, их родственников. В этот же раздел мы предлагаем включить вопросы оказания психологической помощи женщинам, их мужьям и родственникам в случае непроизвольного прерывания беременности, гибели ребенка в родах, рождения ребенка с врожденной патологией. К сожалению, в нашей стране не существует соответствующих методических разработок по оказанию психологической и психотерапевтической помощи. В результате женщины и члены их семей, оказавшиеся в подобной тяжелой ситуации, никакой помощи практически не получают.

Специальная перинатальная психология призвана исследовать психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи.

Подробно направления работы перинатальных психологов будут рассмотрены в следующих главах.

Основные разделы перинатологии и их направления

Подытоживая материал, изложенный в первой главе, можно отметить, что за последнее десятилетие к настоящему моменту в перинатологии выделились три раздела: перинатальная медицина, перинатальная педагогика, перинатальная психология. Имея много точек соприкосновения, эти разделы имеют разные задачи, решать которые предстоит разным специалистам. В каждом из разделов целесообразно выделять несколько направлений работы (рис. 6).

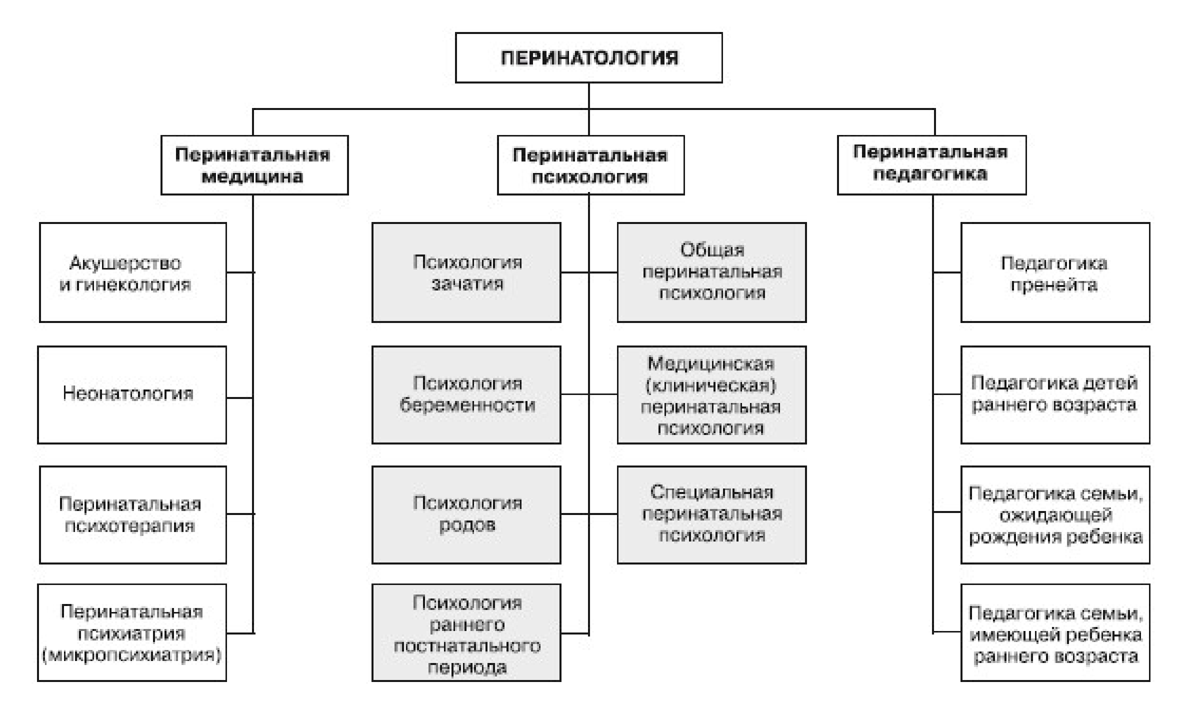


Рис. 6

Развитие этих разделов, объединенных определением «перинатальный», требует интеграции научных знаний и сотрудничества различных специалистов.

Глава 2
Варианты теоретического обоснования перинатальной психологии

Варианты теоретических походов к обоснованию перинатальной психологии

Как любой раздел науки, появившийся на стыке других, перинатальная психология требует осмысления и обоснования теоретическими положениями смежных разделов, которые наиболее отвечают ее цели и задачам. Занимаясь в течение ряда лет составлением и научной редакцией сборников материалов научных конференций, посвященных вопросам перинатальной психологии, невольно обнаруживаешь разнообразие теоретических взглядов по различным вопросам у разных авторов. При этом далеко не всегда предлагаемые и используемые теории отвечают задачам перинатальной психологии, встречаются работы вообще недостаточно научно обоснованные, особенно когда теоретизировать по поводу перинатальной психологии берутся лица, не имеющие психологического, а зачастую и медицинского образования.

Отсутствие единства взглядов обусловило появление большого количества программ обучения перинатальных психологов, значительно отличающихся друг от друга по содержанию и качеству.

Слабость теоретической базы перинатальной психологии приводит к серьезным трудностям при разработках практических рекомендаций специалистам, работающим с семьями, планирующими иметь детей, ожидающими рождения ребенка, специалистам, осуществляющим психологическую помощь в дородовой подготовке и в процессе родов, помогающим формированию благоприятных стереотипов взаимодействия родителей (особенно матерей) с младенцами и детьми младшего возраста.

В настоящее время господствующие в перинатальной психологии теоретические взгляды можно разбить на четыре большие группы, отличающиеся друг от друга подходами к теоретическим построениям:

- эклектически-дилетантский подход;
- медико-редукционистский подход;
- психолого-редукционистский подход;
- интегративный биопсихосоциальный подход.

Эклектически-дилетантский подход к обоснованию перинатальной психологии

К сожалению, перинатальной психологией нередко начинают заниматься лица, вообще не имеющие к психологии никакого отношения. Эклектически-дилетантский подход к обоснованию теории перинатальной психологии в основном встречается именно в их самонадеянных работах. Он характеризуется тем, что недостаток медицинских и психологических знаний пытаются компенсировать набором случайных, не связанных друг с другом идей, сведений, резонерскими мистическими рассуждениями. Нередко это сопровождается призывами к огульному отрицанию любой медицинской помощи, даже при возникновении серьезных проблем с репродуктивным здоровьем, к неверно понимаемой «духовности». Для

этого подхода типично ограниченное представление о перинатальной психологии, согласно которому ее задачи в основном касаются дородовой подготовки, причем основной задачей считается «снизить тревогу и вызвать радость», привести беременных пациенток в состояние хронической эйфории.

Еще одной особенностью таких «специалистов» является склонность к образованию сверхценных идей, со всеми свойственными им признаками: категоричностью суждений, нетерпимостью к критике, стремлением всех убедить в своей правоте. При их возникновении тенденциозно подбираются соответствующие доказательные факты. Все, что явно им противоречит, не принимается в расчет, объявляется случайным или происками конкурентов, врагов-завистников.

У беременной женщины, как правило, повышена внушаемость. В связи с этим сверхценные идеи находят у нее отклик, попадают на благоприятную для их развития почву. Примерами подобных сверхценных идей может служить безапелляционная уверенность в преимуществах родов в воду, в пользе соблюдения беременными научно не обоснованного особого образа жизни, каких-нибудь экстравагантных диет, в необходимости приема сомнительных дорогих пищевых добавок и т. п. «Специалисты» уверены в том, что их идеи, методики и деятельность непогрешимы. Они не желают ничему учиться, перенимать чей-либо опыт, на любую, даже мягкую, критику реагируют агрессией. Это, естественно, вызывает негативное отношение врачей и дискредитирует в их глазах перинатальную психологию, осложняет сотрудничество в этой области психологов и медиков.

Составляя программы дородовой подготовки, такие психологи предназначают их для женщин вообще, не учитывая, что в одной группе могут оказаться беременные разного возраста, образования, семейного положения, состояния здоровья. Такие программы проявляют вкусы, интересы, пристрастия авторов. Так, некоторые из них носят мистико-религиозный характер. В процессе занятий проводится как прямое, так и косвенное внушение женщинам, многие из них при этом становятся суеверными. Внушается, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций психолога. Жестко оговаривается место, где женщина будет рожать (только в домашних условиях или только в определенном родильном доме); способ и особенности родоразрешения (роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств); лица, в присутствии которых будут происходить роды (муж, психолог), и т. д.

Повышенная тревожность, характерная для многих беременных, при получении четких, конкретных рекомендаций психолога, при сформировавшемся к нему доверии может снижаться. Подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, то малейшее отклонение от плана (а течение беременности, родовая ситуация могут требовать этого) вызывает у женщины повышение тревоги, стресс и, как результат, – неспособность адекватно реагировать на происходящие события. Развивающиеся в этой ситуации нервно-психические расстройства следует расценивать как психологогению, т. е. нарушения здоровья, связанные с неправильными действиями психолога.

Психологов этой группы также отличает основанная на невежестве самоуверенность, безответственная «храбрость», с которой они берутся за решение любых проблем. Не имея достаточной квалификации, они занимаются психокоррекцией и даже психотерапией беременных. Не зная, какие бывают нервно-психические расстройства, как они проявляются, чем отличаются друг от друга, подобные «специалисты» чаще всего направляют свои усилия на устранение явных, заметных им симптомов (как правило, это симптомы нарушений эмоциональной сферы). При этом предпочтение отдается релаксационным техникам, методикам арт-терапии, голотропному дыханию. Так как воздействия эти носят симптомоцетрированный, а не этиопатогенетический характер, улучшение состояния пациентки (если оно вообще наступает) кратковременно. В дальнейшем возможно возвращение симптома или

появление вместо него другого. Часто отмечается ухудшение внутрисемейных отношений пациентки.

Для оценки эффективности своей работы такие психологи используют исключительно субъективные критерии: собственные впечатления, отзывы беременных. Причем отзыв написать предлагают тогда, когда они уверены, что он положительный.

Типичным примером эклектически-дилетантского подхода к перинатальной психологии может служить книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» (Семенова С. Б., 1997). С. Б. Семенова, называя себя «специалистом по зачатию», представляется следующим образом: «До *специальности я – физик. Более 12 лет была ведущим экспертом по военной технике крупного уральского военного предприятия. Несколько лет занималась исследованиями психофизических явлений, в частности, разработала методику поиска причин катастроф космической техники с применением экстрасенсорных способностей. Была научным руководителем темы «Исследование аномальных явлений на Урале». Участвовала в нескольких экспедициях по поиску снежного человека… В настоящее время – сотрудник валео-центра… Валеоцентр проводит семинары для учителей по психологии, детской психотерапии, по психотелесной терапии»*.

Далее автор рассказывает о разработанной ею программе занятий дородовой подготовки: *«В основе программы лежит концепция синтеза естественнонаучной, религиозной и художественной картин мира с использованием как западного, так и восточного мировоззрений… Мать двоих сыновей (оба педиаторы)* (орфография автора сохранена. *– И. Д.), бабушка четырех внуков»* (Семенова С. Б., 1997).

Заметьте, что в достаточно подробном рассказе о себе нигде не упоминается о психологическом или медицинском образовании.

Впрочем, и среди людей с медицинским образованием встречаются еще акушеры-практики, имеющие очень слабое представление о перинатальной психологии. Так, один из них, презентующий себя в качестве «дипломированного врача и духовного акушера», «йогина», специалиста по «биоэнергоинформационным взаимодействиям», ратует за ведение беременности «немедицинскими» способами, за родоразрешение только в домашних условиях. Он уверен, что «…так *называемая перинатальная психология – это изобретение госпожи Коваленко и является не чем иным, как грамотно переработанной идеей (одной из идей, причем не самой светлой), заимствованной ею у… Евгении Натановны Игошиной»* (Фомин М. В., 2006, с. 28).

Автор, несмотря на медицинское и дополнительное психологическое образование, даже не догадывается, что перинатальная психология существовала задолго до начала деятельности Н. П. Коваленко, да и «психолога-сексолога» Е. Н. Игошиной, создателя и руководителя печально известной «Колыбельки». В 2007 г. в суде Петербурга слушалось дело супругов Алексея и Елены Ермаковых, сотрудников ООО «Колыбелька», рекламировавших и практиковавших принятие «водных» родов на дому. Их обвиняли по ч. 2 ст. 235 УК РФ (незаконное занятие частной медицинской практикой, повлекшее по неосторожности смерть человека). Эксперты, привлеченные к следствию, сделали вывод, что смерть и травмы новорожденных были результатом непрофессиональных действий обвиняемых.

Для психолога при эклектически-дилетантском подходе характерны следующие особенности:

- отсутствие стройной теоретической основы, заменяемой набором случайных, не связанных друг с другом идей и сведений;
- ограниченное понимание задач перинатальной психологии, отождествление ее с дородовой подготовкой;
- недостаток медицинских и психологических знаний;

• склонность к образованию сверхценных идей, нередко религиозно-мистического содержания, к резонерству;

• стремление стать для пациенток «гуру»;

• повышенная самоуверенность, категоричность суждений и рекомендаций, полное непринятие критических замечаний;

• нередко огульное отрицание любой медицинской помощи, нежелание сотрудничать с медицинским персоналом;

• недостаточное внимание к личности, индивидуальности беременной;

• использование повышенной внушаемости беременных женщин;

• преобладание в арсенале психокоррекционных техник арт-терапевтических и релаксационных.

Медико-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии

В настоящее время все реже встречается широко распространенный ранее тип врача-акушера, полностью отрицающего влияние психологического фактора на течение беременности и родов.

Однако понимание психологии у многих врачей остается весьма поверхностным, утилитарным.

Редукционизм подхода медицинских работников к перинатальной психологии проявляется не только в том, что все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы они объясняют исключительно биологическими причинами, но и в понимании психологии как набора тестов и техник. До сих пор довольно редко можно встретить врачей, интересующихся мотивами зачатия, пытающихся разобраться в особенностях личности беременной женщины, ее семейной ситуации, стремящихся с учетом этого установить с ней партнерские отношения. Значительно проще, не вникая в подробности, свести к минимуму разговоры с пациенткой и ее родственниками, не формируя, а требуя доверия и беспрекословного подчинения. При таком патерналистском отношении врачи не склонны объяснять пациенткам свои действия, назначения, обсуждать их, предлагать варианты. Нередко на вопросы о причине направления на обследование, процедуру или назначении лекарства женщины, их родственники получают ответы типа: «Вы же не врач, не забивайте себе голову… Ну, скажу я, что назначил бензодиазепины, что вам это даст?» В подобной ситуации дефицита информации растет тревога и часто возникают ятрогении. Другой причиной ятрогений может быть избыток информации о фармакокинети-ке, о биомеханизме родов и т. п., обрушиваемой на беременную женщину.

Пациенткам, как правило, врачи уделяют мало внимания, не задумываются о том, какое влияние на них может оказать, например, обсуждение в их присутствии с коллегами результатов обследования. Недаром часто в акушерской среде встречается оговорка, и беременную женщину называют «больная».

И все же интерес к перинатальной психологии растет. Это проявляется даже своеобразной модой «украшать» научные исследования в области акушерства и гинекологии результатами психологического тестирования, далеко не всегда уместного, нередко проводимого с грубым нарушением процедуры психологического обследования.

Таким образом, основным отличием от эклектически-дилетантского подхода медико-редукционистского является недостаточное внимание к влиянию на течение репродуктивного процесса, личности человека, его психологических особенностей, семейной ситуации. При выявлении нервно-психических расстройств работа по их устранению носит чаще симптомоцентрический, а не этиопатогенетический характер, часто для купирования симптома

используется медикаментозная терапия, а психологическим тестированием пытаются подтвердить их эффективность.

Наиболее характерными особенностями медико-редукционистского похода являются:

• биологический подход к решению любых проблем репродуктивного процесса;

• недостаточное внимание (вплоть до полного игнорирования) к психологическому состоянию пациентки;

• теоретическая основа, опирающаяся в основном на биологические и медицинские знания;

• недостаточные, отрывочные, часто не связанные между собой знания в области психологии;

• частое сведение психологии к использованию нескольких тестов с целью психодиагностики;

• ограничение тем бесед с пациентками преимущественно медицинскими;

• непринятие критических замечаний от психолога, нежелание сотрудничать с ним;

• недостаточное внимание к личности, индивидуальности беременной;

• большая степень риска возникновения ятрогений.

И все же, несмотря на все недостатки, встречаются врачи-акушеры-гинекологи, по-настоящему глубоко интересующиеся перинатальной психологией, внесшие большой вклад в ее развитие, активно применяющие свои психологические знания на практике. Среди таких врачей прежде всего следует назвать профессора Г. И. Брехмана; профессора В. В. Абрамченко (Санкт-Петербург); кандидата медицинских наук Е. А. Грон (Краснодар), профессора П. А. Жаркина (Волгоград); доктора медицинских наук Г. Б. Мальгину (Екатеринбург); доктора медицинских наук В. Н. Прохорова (Екатеринбург); кандидата медицинских наук О. В. Прохорову (Екатеринбург); профессора Н. В. Старцеву (Пермь); заслуженного врача РФ, главного врача родильного дома № 1 г. Кургана М. И. Фаерберга и многих, многих других. Ими сделан большой вклад в укрепление сотрудничества врачей и перинатальных психологов, в процесс внедрения перинатальной психологии в медицинскую, прежде всего акушерско-гинекологическую практику.

Развитию перинатальной психологии, росту взаимоуважения и взаимопонимания врачей разных специальностей и психологов также способствуют деятельность педиатров-неонатологов профессора Н. П. Шабалова (Санкт-Петербург), профессора Г. Н. Чумаковой (Архангельск) и др.

Психолого-редукционистский вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии

Психолого-редукционистский подход в перинатальной психологии возник как естественная реакция на игнорирование врачами психологических проблем, связанных с репродуктивными процессами. Однако, во многом справедливо обвиняя акушеров-гинекологов в патернализме, в том, что даже во время родов женщине отводится второстепенная роль, перинатальные психологи впадают в опасное редукционистское отрицание пользы медицины вообще. Любому работающему в области перинатальной психологии специалисту, каких бы взглядов он ни придерживался, должно быть очевидным, что в XXI в. нельзя считать естественным течение беременности и родов, если женщина не наблюдается врачом и не получает необходимой медицинской помощи.

Редукционизм проявляется также уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом. Автор одной из программ Школы сознательного родительства «Духовное воспитание ребенка с момента зачатия» из Екатеринбурга вопрошает: *«Почему болеют дети? Почему страдает наш народ? Почему*

воспитательные и общеобразовательные программы для детских садов и школ не в силах остановить процесс падения духовности в нашем обществе? Последнее время эти вопросы набатом стучат в ума и сердца многих и многих людей» (Нуруллина В. Н., 1999, с. 143) (орфография автора. – *И.* Д.).

С ее точки зрения, ответы на все вопросы нужно искать в перинатальном периоде, а улучшить ситуацию может только повсеместное обучение населения в Школе сознательного родительства.

Занимаясь дородовой подготовкой под лозунгом «естественные роды», такие «психологи» пугают беременных женщин осложнениями любых медицинских вмешательств, в результате чего нередко женщины опасаются самых безобидных процедур, а иногда отказываются от жизненно необходимых. Это препятствует установлению доверительных отношений между пациентками и врачами, мешает их работе, дискредитирует в их глазах работу перинатального психолога.

В качестве примера редукционистско-психологического подхода можно привести деятельность Школы сознательного родительства, созданной в рамках Международного астроэзотерического движения (МАЭД), которое существует в странах бывшего СССР с 1970-х гг. Школа сознательного родительства, являясь *«одним из подлучей астроэзотерической школы (АЭШ) 2-го глобуса Круга Буддхи (системы взаимодействия с окружающим миром)»,* уже имеет представительства более чем в 144 городах, где активно проводит занятия по своей программе. Цель обучения – путем *«интегрально-кардинального образования»* помочь супружеской паре понять «*. истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир»* (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 3).

По мнению авторов, в результате обучения *«произойдет формирование здоровой* **перинатальной культуры,** *охватывающей беременность, роды и послеродовый период»* (выделено мной. – *И. Д.).* Отправной точкой этого является утверждение *«принципиально иных культурных установок»,* часть из которых не представляется такой уж принципиально иной *(«здоровье каждого человека определяется образом его жизни; каждый человек в первую очередь сам ответственен за свое здоровье; беременность – естественный процесс, но требующий повышенного внимания как процесс не только биологический, но и социальный; требующий своего возвышения в интересах ребенка и всего общества»)* (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 21).

С другими «установками» можно поспорить *(«родители несут ответственность за благополучие ребенка, причем не формальную, как врач, а реальную – благодаря своему биологическому и социальному положению как родителей). Их сегодняшняя некомпетентность связана лишь с соответствующими культурными установками и фактическим отсутствием у нас института родительства ввиду узурпации медициной начальных периодов жизни ребенка»* (там же).

Однако многое в содержании программы, а также то, какими способами ее авторы добиваются формирования «здоровой перинатальной культуры», вызывает массу возражений. В качестве теоретического обоснования программы взяты идеи Е. П. Блаватской, Е. И. Рерих и А. Бейли, которые, по мнению авторов, заложили философские и эзотерические основы нового подхода к вопросам рождения. Супружеским парам, пришедшим на занятие, объясняют, что при зачатии *«…Планетная Душа включает программу воплощения посредством Великого Зодиака, издавая напряженный зов созидания, магнетической силой приводящий к активации рождение своего тела – человеческие души, воплощающие План Планетного Логоса»* (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 13–14).

Каждая семья, согласно этой программе, должна подвергнуться «астропсихо-анализу совместимости и взаимодополнения недостающих потенциалов супругов» методом Кар-

динальной психодиагностики КАСПиД. В результате может, например, получиться, что *«.рождение семьи в январе детерминирует интенциональность, мотив развития в системных отношениях, способ достижения нового качественного состояния системных отношений, в том числе и планетных отношений»* (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 40).

В процессе занятий супруги обучаются «астромедитациям», получают «кардинальную астропсихотерапию». Основанная «на аналитической интерпретации планетных и зодиакальных лучевых энергопотоков», она «позволяет осуществить психоанализ кармической программы развития Личности» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 29). Терапия включает психофизический тренинг, имеющий целью «сгармонизировать взаимоотношения в семейных парах, повысить чувствительность супругов друг к другу, научиться понимать друг друга без слов». Для этого супруги обучаются «танцу энергопотоков», «тренингу на взаимопроникновение», во время которого участники разбиваются на пары и «продолжают танец вдвоем: танец руками, танец спинами, танец глазами, танец всем телом. В ходе тренинга пары несколько раз меняются партнерами» (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 157). Представляется странным, что танцы «взаимопроникновения» со сменой партнеров способствуют улучшению отношений супругов.

Думаю, достаточно цитат. Беременность (а многие супруги приходят впервые в Школу сознательного родительства уже после зачатия) не самое походящее время узнать, что с точки зрения астрологии и нумерологии брак неудачен. Беременность также не самый подходящий период жизни для начала изучения философско-эзотерического наследства Е. П. Блаватской, Е. И. Рерих и А. Бейли в интерпретации преподавателей. Многие из их идей входят в противоречие с учением православия, других конфессий, что создает стрессовую ситуацию для верующих женщин, решивших пройти дородовую подготовку в Школе сознательного родительства. Супруги, собирающиеся зачать ребенка или уже ожидающие его рождения, находятся на очень важном этапе, иногда переломном этапе своей жизни. Уверен, что к границам их личностей, к границам супружеского холона следует относиться с особой осторожностью, бережно. На занятиях, посвященных зачатию, дородовой подготовке, они должны встретить специалиста, а не миссионера. Помимо восполнения вызывающего тревогу дефицита информации о репродуктивных процессах с ними нужно и важно беседовать об отношениях в семье, о правах и обязанностях супругов, о том, какое место в системе семьи займет ребенок, о его правах и уважении к нему. Это, безусловно, не может не повлиять на мировоззрение людей. Однако грубо внедряться в их внутренний мир, пытаться резко переделать его, пользуясь тем, что они обратились за помощью, недопустимо.

Со многими рекомендациями, которые в категоричной форме получают беременные женщины на занятиях в Школе сознательного родительства, не согласится большинство перинатальных психологов. Например, женщинам рекомендуют рожать непременно дома (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999; Трунов М. В., Китаев Л. М., 1993), навязывают обязательный переход на вегетарианскую диету, исключающую из рациона мясо, птицу и рыбу, якобы повышающих *«наличие «гормонов страха» у беременной женщины, формируя состояние постоянного беспокойства».*

Далее: *«беременной женщине и кормящей маме ЗАПРЕЩАЕТСЯ употребление»* целого ряда продуктов, в числе которых колбасные изделия, мясной бульон, цельное молоко, черный чай, мороженое, соль, манка, перловка, свежий хлеб, макароны. Возникающий при этом недостаток белка рекомендуется восполнять, употребляя в пищу соевые бобы и другие соевые продукты – такие, как соевое молоко, соевая простокваша. Есть рекомендуется не чаще 2–3 раз в день. Раз в неделю следует поститься и *«проводить очистительные процедуры в виде клизм»* (Аганина С. Г., Сиромля С. Г., 1999, с. 25–28).

Таким образом, от эклектически-дилетантского подхода психолого-редукционистский отличается наличием стройной теоретической базы, что характерно и для медико-редукци-

онистского. Но в отличие от последнего, при этом подходе считается, что течение репродуктивного процесса определяется преимущественно (или даже исключительно) психологическим состоянием партнеров, а значит, при возникновении проблем требует прежде всего психокоррекции. Биологически обусловленные проблемы минимизируются или вообще игнорируются.

Наиболее характерными особенностями психолого-редукционистского подхода являются:

• внимание ко всем этапам репродуктивного процесса и к раннему детскому возрасту;

• наличие теоретической базы, использующей преимущественно психологические, социальные, иногда – философские, эзотерические идеи;

• склонность к резонерству, нередко религиозно-мистическому;

• недостаточное внимание или полное игнорирование биологических проблем у клиентов, при их очевидности – попытка найти психологические причины;

• недостаточное внимание к соматическому состоянию пациентки;

• психологический подход к решению любых проблем репродуктивного процесса;

• повышенное внимание к разработке методов психологического воздействия, психологических тренингов;

• недостаток знаний в области биологии, физиологии, медицины;

• умение устанавливать с пациентами доверительные отношения, завоевывать авторитет;

• повышенная самоуверенность;

• попытка навязать свое мировоззрение, веру;

• категоричность суждений и рекомендаций;

• частое стремление подчинить пациентку себе, стать для нее уникальным и незаменимым;

• непринятие критических замечаний от врачей, явное или скрытое нежелание сотрудничать с ними;

• нередко огульное отрицание любой медицинской помощи.

Интегративный биопсихосоциальный вариант подхода к обоснованию перинатальной психологии

Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.

Для того чтобы такая модель работала, стала проводником проникновения научно обоснованных методик в практическую работу перинатальных психологов и психотерапевтов, необходимо подобрать такие теоретические конструкты, соединение которых было бы не эклектично, а логично и взаимодополняемо. Это сложная задача, но только в этом случае может получиться интегративная, а не эклектичная модель.

Исследователи, ставившие пред собой такую задачу, предлагают разные модели, каждая из которых имеет свои достоинства и недостатки. Рассмотрим некоторые из них, получившие распространение в нашей стране.

Н. П. Коваленко решила строить свою модель, рассматривая перинатальную психологию как «новую актуальную область науки, интегрирующую знания различных смежных дисциплин и формирующую новые парадигмы, подходы, познания, не разделяющие

физиологическую и психоэмоциональную составляющие человеческого организма» (Коваленко-Маджуга Н. П., 2001, с. 7). При этом она попыталась соединить:

• юнгенианский психоанализ;

• теорию перинатальных матриц С. Грофа;

• концепцию инстинктов В. И. Гарбузова.

Наиболее слабым из звеньев этой цепи представляется последнее – концепция инстинктов – «натурпсихология», «во многом базирующаяся на концепциях древневосточной медицины» и рожденная, по словам автора, «интуитивно, инсайтно», т. е. «путем прямого ее усмотрения без обоснования с помощью доказательств» (Гарбузов В. И., 1999, с. 3). Его представления о том, что именно инстинкты являются «фундаментом натуры» и «обусловливают ее генетическую цельность», определяют первичную, фундаментальную типологию человека, его природное призвание» (Гарбузов В. И., 1999, с. 19), во многом повторяют теорию В. Макдугалла (McDougall W., 1926). Критикуя ее, А. Маслоу (A. Maslow) в 1954 г. писал, что сторонники этой теории «изобретают инстинкты *ad hoc*[2], прибегают к понятию инстинкта всякий раз, когда не могут объяснить конкретное поведение или не могут объяснить его истоки», проявляя тем самым «этнологическую наивность» (Маслоу А. Г., 2001, с. 132). А. Г. Маслоу справедливо не соглашается с утверждением, что в человеческой природе заложена готовая система конечных целей и ценностей.

Г. Г. Филиппова – известный специалист в области психологии материнства, что наложило отпечаток на ее попытку осуществить биопсихосоциальный подход к обоснованию перинатальной психологии, объединив ее в «единое направление» с психологией родительства и связав с медициной (психосоматикой, психиатрией, акушерством и гинекологией, перинатологией) (Филиппова Г. Г., 2003). Она считает основанием для такого объединения то, что у перинатальной психологии и *«психологии материнства (и шире – родительства)»* единые объекты исследования (не ребенок отдельно и не его мать, а системы «мать – дитя», «ребенок – родители»), а также общие задачи.

Не дискутируя по поводу содержания задач и их формулировок, нужно отметить, что у них больше различий, чем сходства. В связи с этим объединение перинатальной психологии и психологии материнства (даже если рассматривать ее шире – родительства) нельзя считать обоснованным. Психология материнства, безусловно, является одним из разделов, знание которого необходимо перинатальному психологу. Однако более широкий кругозор и глубокое понимание обеспечивает, с нашей точки зрения, принятие в качестве одной из основных теоретических баз перинатальной психологии семейную системную психологию, раскрывающую и многие вопросы формирования материнства. С нашей точки зрения, зачатие, беременность и роды следует рассматривать в семейном контексте, а не в узком материнском. Диады «пренейт – беременная», «мать – дитя» и триада «мать – дитя – отец» являются не чем иным, как подсистемами семейной системы. С учетом этого следует:

• проводить диагностику готовности к материнству (отцовству), содержания и онтогенеза материнской сферы в контексте семейных отношений, личностных и межличностных проблем;

• выявлять взаимосвязи психического состояния женщины в течение перинатального периода с особенностями формирования ее материнской сферы и развития ребенка, учитывая, что при этом нарушения и психического, и физического здоровья очень часто связаны именно с семейными отношениями;

• разрабатывать методики оказания психологической поддержки и помощи семье в период планирования, ожидания, рождения и раннего развития, связанных в числе прочего и с «диадическими» проблемами, и с проблемами материнства (родительства).

---

[2] *Ad hoc* (лат.) – специально, применимо только для этого, для специальной цели.

Создание биопсихосоциальной модели перинатальной психологии требует тщательной разработки, основанной на результатах исследований, планирование которых проводилось с учетом теоретических и практических достижений в области и физиологии, и психологии, и социологии.

Глава 3 Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии

Биологический компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Среди множества теорий биологии, физиологии человека для создания биопсихосоциальной модели перинатальной психологии наиболее продуктивной, с нашей точки зрения, является концепция одного из крупнейших физиологов и мыслителей XX в. академика Алексея Алексеевича Ухтомского. Ее ядром является сформулированный ученым принцип доминанты, являющейся главным системообразующим фактором антропосоциогенеза. Ухтомский считал, что доминанта (лат. *dominare* – «господствовать») – «не теория и даже не гипотеза, но преподносимый из опыта принцип широкого применения, эмпирический закон, вроде закона тяготения, который, может быть, сам по себе и не интересен, но который достаточно назойлив, чтобы было невозможно с ним не считаться» (Ухтомский А. А., 1954, с. 100).

Суть принципа заключается в том, что при каждом физиологическом процессе, чем бы он ни был вызван, возникает определенная доминанта – очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения. При этом доминирующий центр подкрепляет свое возбуждение посторонними импульсами, а по мере развития возбуждения в себе он тормозит другие текущие рефлексы, встречаемые на общем конечном пути. Важной характерной чертой доминанты является ее инерция, проявляющаяся в том, что однажды вызванная доминанта способна некоторое время стойко удерживаться в центрах и подкрепляться как в своих элементах возбуждения, так и в своих элементах торможения разнообразными и отдаленными раздражителями. Сформированная доминанта представляет собой констелляцию центров с повышенной возбудимостью на различных уровнях центральной нервной системы, что находит отражение во всех других системах организма (в сердечно-сосудистой, эндокринной, мышечной и др.) (Ухтомский А. А., 1950).

Отражая особенности взаимоотношений организма со средой, принцип доминанты выходит за рамки только физиологического закона, поэтому концепция А. А. Ухтомского имеет междисциплинарный характер и находится на стыке физиологии, психологии, имеет непосредственное отношение к социальным взаимоотношениям.

В 1936 г., размышляя о доминанте, ученый написал в своем дневнике, что видит в ней «выражение *исторической причинности в самом конкретном ее выражении,* постепенной подготовке и накоплении фактов, в дальнейшем «взрывном» выявлении подготовленного события, в его кажущейся неожиданности и немотивированности текущими ближайшими раздражителями, в «роковом» привкусе, который получается при этом для созревшего и вырвавшегося наружу порядка событий» (курсив А. А. Ухтомского) (Ухтомский А. А., 2002, с. 410). И хотя эти мысли возникли у академика по другому поводу, они весьма точно отражают часто встречающуюся ситуацию возникновения беременности, ее течения, родов.

На то, что происходящие в организме женщины в период беременности физиологические и нервно-психические изменения направлены на обеспечение максимально благоприятных условий для нормального развития пренейта и носят явно доминантный характер, обратил внимание И. А. Аршавский. Развивая идеи А. А. Ухтомского, он предложил

термин «гестационная доминанта» для обозначения возникающей во время беременности в ответ на образование зиготы, и в особенности в связи с начинающейся имплантацией бластоцита в эндометрии, специальной системы констелляций нервных центров (Аршавский И. А., 1957). Гестационная доминанта включает физиологический и психологический компоненты, которые соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребенка. Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Это происходит путем формирования под влиянием факторов внешней и внутренней среды стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, обладающего повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности и способным оказывать тормозящее влияние на другие нервные центры. Психологический компонент гестационной доминанты вызывает особый интерес перинатальных психологов и психотерапевтов. Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы (Добряков И. В., 1996).

И. А. Аршавским было также предложено понятие материнской доминанты – последовательно возникающих в связи с репродуктивной функцией и сменяющих друг друга доминантных состояний в организме женщины, детерминированных биологическими (прежде всего гормональными) изменениями, психологическими и социальными факторами (Аршавский И. А., 1967; Батуев А. С., 1996). Материнскую доминанту последовательно составляют гестационная, родовая, лактационная доминанты. При их чередовании происходят изменения как взаимоотношений, так и природы формирующей среды, что является критическими периодами как для ребенка, так и для системы в целом (Батуев А. С., Соколова Л. В., 2007). Каждая из перечисленных доминант включает физиологический и психологический компонент.

Любые негативные воздействия среды могут отрицательно влиять на организм женщины, формирующий материнскую доминанту, и приводить к возникновению конкурирующей «стрессовой» субдоминанты. Это чревато нарушениями становления материнской доминанты, чередованию ее составляющих, что в конечном итоге может оказать влияние на реализацию генетического потенциала ребенка и затруднить его последующее взаимодействие со средой (Батуев А. С., 1996; Сафронова Н. М., 1997).

В настоящее время идеи А. А. Ухтомского творчески и продуктивно развивает коллектив организованного в 1995 г. при Санкт-Петербургском государственном университете центра «Психофизиология матери и ребенка», возглавляемого академиком РАО профессором А. С. Батуевым. Ставя своей целью консолидировать творческие усилия специалистов разного профиля в поисках путей улучшения психического и физического состояния здоровья матери и ребенка, коллектив центра сделал и делает очень много для развития отечественной перинатальной психологии.

Принятие взглядов о материнской доминанте в качестве научной парадигмы позволяет хорошо структурировать биопсихосоциальную модель перинатальной психологии. Однако для этого, по нашему мнению, к составляющим материнскую доминанту должна быть добавлена еще одна, занимающая первое место в их очередности – доминанта зачатия, заслуживающая особого внимания и исследования. Кроме того, термин «лактационная доминанта» представляется слишком ограниченным, так как происходящие в этот период изменения не сводятся лишь к проблеме вскармливания. Как отмечает Д. В. Винникотт в статье «Кормление грудью как общение», важно не только накормить ребенка, но и «обеспечить его богатством переживаний» (Винникотт Д. В., 1998, с. 26). Важнейшей задачей после рождения

является сохранение между матерью и ребенком диадных отношений, что определяется возникновением того, что Винникотт назвал холдингом (англ. *holding* – держать на руках, заботиться). В связи с этим доминанту, возникающую сразу же после рождения ребенка и определяющую процессы в системе «мать – дитя» в течение около трех лет, корректнее было бы назвать доминантой холдинга…

«Принцип доминанты – не только нейрофизиологический принцип координации поведения животного, но и психологический принцип, которому подчиняется психическая деятельность. Принцип доминанты нашел широкое признание как в разных областях теоретической и практической психологии, так и в клинике», – писал выдающийся отечественный психолог, современник Ухтомского – В. Н. Мясищев (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 97). Концепция Ухтомского нашла свое применение и в перинатальной психологии.

Психологический и социальный компоненты биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Социальные и психологические факторы, влияющие на становление и реализацию репродуктивной функции человека, тесно переплетены, что находит отражение в теоретических положениях, которые мы предлагаем использовать для разработки биопсихосоциальной модели перинатальной психологии и психотерапии. В связи с этим провести четкие границы между психологическим и социальным компонентами весьма затруднительно. И личность, и семья являются предметами изучения и социологии, и психологии.

Психоанализ как теоретическая основа перинатальной психологии

Как уже отмечалось, идеи психоанализа сыграли большую роль в становлении перинатологии. Еще большее значение они имеют для понимания проблем перинатальной психологии, формирования ее биопсихосоциальной модели.

Оценивая вскоре после смерти З. Фрейда значение его работ, К. Юнг писал, что влияние психоанализа «можно заметить везде, где человеческая душа выступает решающим фактором, и, прежде всего, в психопатологии в целом, затем в психологии, философии, эстетике, этнологии – *last not least* – в психологии религии» (Jung C., 1939). В наше время этот список может быть существенно продлен. Одно из первых мест в этом списке принадлежит перинатальной психологии и перинатальной психотерапии, во многом обязанных своим появлением психоаналитическим открытиям, теоретическим и практическим разработкам.

В настоящее время можно с удовлетворением констатировать, что психоанализ в Россию вернулся. После долгого перерыва отечественным ученым и практикам стали доступны труды З. Фрейда (S. Freud), О. Ранка (O. Rank), А. Фрейд (A. Freud), А. Адлера (A. Adler), Э. Фромма (E. Fromm), Ш. Ференци (S. Ferenci), Д. Стерна (D. Stern), К. Хорни (к. Horney), Г. Юнга (C. Jung), М. Кляйн (M. Klein), С. Лебовиси (S. Lebovici), Р. Шпица (R. Spitz), Д. Винникотта (D. Winnicott), Дж. Боулби (J. Bowlby) и др., работы которых необходимо знать перинатальным психологам и психотерапевтам.

Основоположники психоанализа не раз обращались к проблемам, которые имеют непосредственное отношение к перинатальной психологии, их оригинальные взгляды позволили по-новому взглянуть на многие вопросы, наметили пути к поиску ответов.

З. Фрейд в ряде своих работ большое значение придавал внутриутробному периоду и переживаниям при рождении в возникновении на последующих этапах онтогенеза тревоги, невротических симптомов. Однако развитие этой темы связано прежде всего с именами его учеников О. Ранка и, в меньшей степени, Ш. Ференци.

Ш. Ференци в работе «Таласса» многие проблемы взрослых людей объяснял инстинктивным стремлением к возвращению в лоно матери (Ferenci S., 1924).

В совместной работе 1925 г. «Развитие психоанализа» они утверждали, что при анализе следует больше внимания уделять не умственным реконструкциям, а эмоциональному опыту (Rank O., Ferenczi S., 1925).

Но основоположником перинатальной психологии и психотерапии следует считать Отто Ранка. Этот ученый нередко увлекался, был не лишен заблуждений, но весомость его вклада в психоанализ не подлежит сомнению. Свои оригинальные идеи Ранк изложил в книге «Травма рождения» (Ранк О., 2004). Рукопись была завершена в апреле 1923 г. и пред-

ставлена Зигмунду Фрейду ко дню его рождения 6 мая. Книга была посвящена ему – Учителю. Свою реакцию на эту книгу сам Фрейд оценивал как шок, связанный с опасением растворения работы всей его жизни, посвященной этиологии неврозов, представлениями о значении в их патогенезе травмы рождения. Однако потом шок уступил место радости по поводу того, что Ранк сделал открытие фундаментальной важности. В связи с ее изданием в декабре 1924 г. Фрейд говорил, что это – важнейший шаг вперед со времени открытия психоанализа (Джонс Э., 1997, с. 344).

Отто Ранк полагал, что рождение ребенка является психической травмой, создающей у него высокий уровень тревоги, имеющей тенденцию вновь возникать у взрослого человека в критических ситуациях, проявляться в невротических симптомах. Ранк подчеркивал, что его идеи о значимости травмы рождения для психоанализа являются «всего лишь вкладом в психологию нормы по З. Фрейду, в лучшем случае, весомым вкладом», отмечал, что именно Фрейд впервые высказал мысль о том, что первичная тревожность – ядро всякого невротического нарушения – изначально сводится к тревожности при рождении *(dyspnoea)* (Ранк О., 2004, с. 55).

Однако то, что З. Фрейд в основном интересовался отношениями ребенка с отцом, комплексом Эдипа, и в меньшей степени отношениями ребенка с матерью, по мнению Ранка, было неверным. Суть жизни, считал О. Ранк, заключается в отношениях между матерью и ребенком: любовного единства вначале, драматической сепарацией в процессе родов и в дальнейшем.

Роды – это первичная сепарация, вызывающая ужас. Второй травмой сепарации он считал отлучение от груди. Те же механизмы травматизации возникают при появлении соперника, т. е. при рождении брата или сестры (сиблинговые расстройства), при утрате близкого (измене, разлуке, смерти). Нельзя не согласиться с мнением Ранка о том, что человек, вследствие долгого пренатального периода и развившихся в дальнейшем высших психических функций, пытается творчески восстановить первичное состояние, переживаемое им антенатально с помощью сексуального удовлетворения. Таким образом, половой акт, с точки зрения О. Ранка, является оптимальной попыткой замещения внутриутробного единения с матерью, единственной возможностью приблизительного восстановления первичного удовольствия путем частичного и чисто телесного возвращения в утробу. Но это частичное удовлетворение, к которому присоединяется величайшее ощущение удовольствия, удовлетворяет не каждого индивида. Если женщина может посредством полного воспроизведения первичной ситуации и реального повторения беременности и родов ближе подойти к первичному удовлетворению, то мужчина, зависящий от бессознательной идентификации, должен обеспечивать себе замену этого воспроизведения, идентифицируясь с «матерью».

Невротик, по мнению Ранка, не способен нормально преодолевать травму рождения с помощью сексуального удовлетворения, так как не довольствуется частичным возвращением к матери, которое дает ему половой акт и рождающийся ребенок. Это может происходить вследствие сильной родовой травмы, нередко связанной с осложнениями в родах, и, следовательно, более сильного первичного вытеснения.

При постепенном отделении от матери (важным моментом которого является кормление грудью) обеспечивается благополучное прохождение стадии «первичного вытеснения» и избавление от исходной тревоги. При нарушении этого возникают бессознательные амбивалентные тенденции стремления возвращения в утробу матери и одновременно переживания ужаса перед ней, что приводит к развитию патологических состояний. С точки зрения Ранка, разработанная им концепция, понимание первичной амбивалентности психики человека дает возможность понимания сексуального развития человека, позволяет раскрыть многие загадки его онтогенеза. Основная жизненная проблема человека сводится к преодо-

лению страха отделения от матери (или от того, кто ее заменяет), и психотерапия должна помогать людям, не справляющимся с этим.

Если первая реакция Зигмунда Фрейда на выход этой книги была положительной, то позднее он не принял идеи Ранка, согласно которой акт рождения является основным источником невроза из-за продолжения непреодоленной, существующей как «правытеснение», фиксации на мать. Продолжая считать идеи Ранка «смелыми и остроумными», Фрейд в то же время отмечал, что внутриутробная жизнь, тесно связанная с ранним детством, обусловливает его проблемы «значительно сильнее впечатляющей цензуры акта рождения, в которую нам предлагается поверить». Он остроумно сравнивал сводимый к проблемам травмы рождения психоанализ с поисками во время пожара лампы, послужившей причиной возгорания, упрекал Ранка в игнорировании роли отца (Фрейд З., 1998, с. 15–16).

В своих последних работах О. Ранк также уделял внимание не только травме рождения, но и тому, насколько успешно ребенок приобретает собственную индивидуальность, освобождаясь от родительского влияния на разных этапах онтогенеза. Обвиняя Ранка в редукционизме, Фрейд безусловно был прав, однако это не умаляет значения, особенно для перинатальной психологии и психотерапии, выдвинутых Ранком идей.

Целый ряд исследователей, вроде бы взявших на вооружение идеи Ранка и ссылающихся вскользь на него, в своих работах повторяли ошибки Ранка, отмеченные З. Фрейдом. Наиболее известным из таких последователей является Станислав Гроф. Экспериментируя с изменениями сознания пациентов при помощи ЛСД, голотропного дыхания, он считал, что в таком состоянии они вновь переживают травмы своего реального биологического рождения (Groff St., Halifax J., 1979). Подобный опыт Гроф называет трансперсональным, считает терапевтическим и описывает, используя парапсихологические, мистические категории («сверхчеловеческое духовное существо», «сознание Универсального Мышления», «Сверхкосмическая и Метафизическая пустота»), не принадлежащие, по его собственным словам, общепринятым в науке представлениям о мире (Groff St., Halifax J., 1979). К сожалению, эти идеи, имеющие весьма косвенное отношение к научному наследию Ранка, довольно популярны, дискредитируют его, а также перинатальную психологию и психотерапию, с которыми они ассоциируются.

После родов начинается процесс адаптации ребенка к новым условиям. Если в родах ребенок может получить и, как правило, получает острую психическую травму, то при неправильном отношении к нему в постнатальном периоде младенец может попасть в хроническую психотравмирующую ситуацию. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития. Этим обусловлен тот особый интерес, который представляют для перинатальных психологов психоаналитические трактовки психологии раннего пост-натального периода, хотя взгляды исследующих этот период разных психоаналитиков очень различаются.

В 1931 г. А. Адлер писал, что основные факторы, формирующие психику человека, воздействуют на него в младенчестве, что в этом возрасте уже можно различить «черты характера взрослого человека» (Адлер А., 1997).

Вопросы психологии раннего постнатального периода поднимали в своих работах основоположники детского психоанализа Анна Фрейд и Мелани Кляйн (Freud A., Klein M.). Они придавали большое значение отношениям матери и младенца, считая их важнейшими среди факторов, влияющих на формирование психики и особенностей личности, хотя во многом их подходы не совпадали.

А. Фрейд при проведении психоанализа ребенка привлекала к сотрудничеству его родителей, изучала особенности привязанности ребенка к матери, считала, что изучать психическую деятельность ребенка необходимо в его семейном окружении (Фрейд А., 1991).

Интерес к младенцам М. Кляйн объяснялся уверенностью в том, что, лишь исследуя их психическую деятельность, можно понять болезни, возникающие в старшем возрасте. При этом особую роль она придавала переживаниям зависти, агрессии или благодарности, испытываемым младенцами по отношению к материнской груди. Разделять окружающие объекты на плохие и хорошие младенец, с точки зрения М. Кляйн, начинает в связи с тем, что материнская грудь может удовлетворять его потребности либо разочаровывать (Кляйн М., 1997). А. Фрейд критически относилась к этим идеям. М. Кляйн удалось показать, что негативные эмоции ослабевают, если мать способна интроецировать чувства ребенка и при этом оставаться в уравновешенном состоянии. Интеграция личности, по мнению Кляйн, может состояться лишь тогда, когда пациент начнет строить свои отношения с окружающим миром, обретя вновь чувство безопасности, которое испытывал в утробе матери (in *utero).*

З. Фрейд отмечал, что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему». Только в системе «мать – дитя» запускается процесс, названный Э. Фроммом «индивидуализацией» и приводящий к развитию самосознания. Он писал, что «относительно быстрый переход от внутриутробного к собственному существованию, обрыв пуповины обозначают начало независимости ребенка от тела матери. Но эту независимость можно понимать лишь в грубом смысле разделения двух тел. В функциональном смысле младенец остается частью тела матери. Она его кормит, ухаживает за ним, оберегает его. Постепенно ребенок приходит к сознанию того, что его мать и другие объекты – это нечто существующее отдельно от него. Одним из факторов этого процесса является психическое и общее физическое развитие ребенка, его способность схватывать объекты – физически и умственно – и овладевать ими. Ребенок осваивает окружающий мир через посредство собственной деятельности. Процесс индивидуализации ускоряется воспитанием. При этом возникает ряд фрустраций, запретов, и роль матери меняется: выясняется, что цели матери не всегда совпадают с желаниями ребенка, иногда мать превращается во враждебную и опасную силу. Этот антагонизм, который является неизбежной частью процесса воспитания, становится важным фактором, обостряющим осознание различия между «Я» и «Ты»» (Фромм Э., 1989, с. 31–32).

Особое значение в становлении перинатальной психологии имеют работы Д. В. Винникотта. Он считал, что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери. Винникотт в Англии и Э. Г. Эриксон в Америке сформулировали суть основного вклада матери в здоровое развитие ребенка как снижение его сепарационной тревожности, формирование доверия к окружающему миру, адаптироваться в котором тем проще, чем больше он напоминает пережитое первичное состояние (Винникотт Д. В., 1994, 1998; Эриксон Э. Г., 1996). Подчеркивая неразрывность психической деятельности матери и ребенка, Д. В. Винникотт писал, что нет такого другого создания, как младенец (Винникотт Д. В., 1998).

Многие исследователи, такие как М. Эйнсворт, Дж. Боулби, С. Лебовиси, М. Малер, Р. Шпиц, Д. Стерн и др., также рассматривали мать и младенца в рамках единой диады, являющейся подсистемой семейной системы (Шпиц Р. А., 2000; Шпиц Р. А., Годфри Коблинер В., 2001; Ainsworth M. D. S., 1983; Bowlby J., 1951; Lebovici S., 1983; Mahler M. S., Pine F., Bergman A., 1975; Stern D. N., 1977).

Особенно глубокие исследования в этом направлении были предприняты в 1951–1960 гг. английским психологом и педиатром Джоном Боулби и его соратницей Мэри Эйнсворт. Результаты их работ убедительно показали, что для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло. Это согласовывалось с мнением З. Фрейда о том, что основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения», так как младенец стремится получить удовольствие, утоляя голод материнским молоком. Однако, не отвергая принцип удовольствия, Дж. Боулби в отличие от Фрейда полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потреб-

ностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Развитие психических и моторных функций детей Боулби связывает с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям. Таким образом, потребность в близости – базовая потребность ребенка.

Еще в возрасте до года ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, т. е. расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается недоступной ребенку или кажется ему таковой, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Дж. Боулби подчеркивает важность ощущения безопасности для развития Эго ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и в безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах, и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае – высока тревога, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности (Боулби Дж., 2003; Bowlby J., 1951).

Теоретические положения Д. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсворт (Ainsworth M. D., Wittig B. A., 1969; Ainsworth M. D., 1983). Наблюдая детей первых месяцев жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, в плаче ребенка и в игровых моментах. В результате исследований установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с матерями ригидными, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с деревянными лицами») – напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением. М. Эйнсворт удалось в результате наблюдений за реакциями детей на разлуку с матерью выделить три типа привязанности: безопасную, избегающую и амбивалентную.

До работ Джона Боулби и Мэри Эйнсворт большинство исследователей психического развития младенцев не придавали большого значения взаимоотношениям матери и ребенка для формирования психических функций или уделяли этому недостаточно внимания. Результаты исследований Боулби и Эйнсворт поставили под сомнение правомерность бихевиориального подхода. Основываясь на принципах оперантного обусловливания и формирования реакции, бихевиористы, изучая значение для развития когнитивных процессов и моторики невербальных форм общения младенцев со взрослыми, игнорировали роль активного усвоения ребенком социального опыта, накопленного предыдущим поколением, объясняли развитие младенца только генетической запрограммированностью (Бауэр Т., 1985). В свое время их взгляды оказали большое влияние на педагогику. Многие матери следовали их рекомендациям «не приучать детей к рукам», так как это якобы тормозило исследовательскую деятельность ребенка.

Таким образом, теория психоанализа является одной из основополагающих в модели перинатальной психологии, и современный перинатальный психолог, каких бы теоретических воззрений он ни придерживался, должен знать основы психоанализа.

Теория личности как основа перинатальной психологии

И зачатие, и беременность, и роды, и выхаживание, воспитание ребенка в раннем постнатальном периоде – процессы, сопровождаемые как психологическими изменениями личности, требующими от нее реализации многих потенциальных возможностей, появления новых качеств, так и изменением ее социального статуса. Вот почему для концептуальной основы создания биопсихосоциальной модели перинатальной психологии необходима теория личности. Так как все стадии репродуктивного процесса связаны с эмоционально значимыми межличностными взаимодействиями, наиболее отвечающей цели и задачам перинатальной психологии нам представляется теория отношений В. Н. Мясищева (1960), позволяющая рассматривать зачатие, беременность, роды через призму единства организма и личности.

Новорожденный, полагал Мясищев, обладает «генотипически и пренатально обусловленными возможностями», а «в процессе жизни. онтогенетический опыт формирует фенотип организма, неразрывно связанный с фенотипом личности» (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 101).

В. Н. Мясищев призывал рассматривать процессы нервной деятельности в норме и патологии с монистической позиции А. А. Ухтомского и соглашался с его утверждением, что принципу доминанты подчинены как рефлексы спинного мозга, так и «ассоциации» психологов и интегральные образы, в которых нами воспринимается среда (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 97).

Согласно теории Мясищева человек с самого рождения (а опыт перинатальной психологии показывает, что и будучи еще пренейтом) оказывается включенным в систему общественных отношений, в которой до самой смерти формирует свои субъективные отношения ко всем сторонам действительности. Именно эту динамическую систему отношений человека к окружающему миру и к самому себе Мясищев считал наиболее специфической характеристикой личности.

Но система эта формируется постепенно. «В ранней стадии у ребенка соответственно нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений» (Мясищев В. Н., 1960, с. 60). С этим нельзя не согласиться, однако есть отношение к нему его матери! А «когда мать и младенец соединяются в ситуации кормления, речь идет об инициации человеческих отношений. В этот момент у ребенка закладывается модель отношения к объектам и миру в целом, – писал современник В. Н. Мясищева Дональд Вудс Винникотт. – Слишком просто искать объяснения в рефлексах» (Винникотт Д. В., 1998, с. 49).

Тему субъектно-объектных отношений в последние годы жизни в русле концепции отношений Мясищева развивал другой выдающийся отечественный ученый академик А. В. Брушлинский. Он считал, что «любой человек не рождается субъектом, а становится им» тогда, «когда овладевает хотя бы простейшими понятиями, в которых он все более полно раскрывает существенные свойства и отношения объекта» (Брушлинский А. В., 2003, с. 21). А. В. Брушлинский отмечал, что «на сегодняшний день накоплено достаточно материала, свидетельствующего в пользу гипотезы о пренатальном характере возникновения нашего психического мира» (Брушлинский А. В., 2002, с. 318). Психическое проявляется уже во внутриутробном периоде, поэтому можно говорить об индивидуальности новорожденного. «Говоря о новорожденном как об индивидуальности, мы утверждаем изначально общественную природу его психики, поскольку индивидуальность выступает следствием определенного уровня (достаточно высокого) становления человеческой культуры. Ребенок рождается не животным, но общественным существом во всех отношениях, потому что его «биология»

так же детерминирована историей человечества, как и психика. Ребенок рождается не только общественным существом, но и индивидуальностью, потому что он изначально оказывается включенным в систему субъект-субъектных взаимоотношений, отношений между индивидуальностями» (Там же).

Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал «то латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств» (Мясищев В. Н., Голиков Н. В., 1995, с. 101).

Исследования отношений В. Н. Мясищев предпринял, развивая идеи своего учителя А. Ф. Лазурского, которым были выявлены пятнадцать групп отношений человека к различным явлениям природы, общества, ценностям. В числе прочих он выделял отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии. Личность рассматривалась Лазурским как субъект всей системы отношений (Лазурский А. Ф., 1921).

Психологический смысл формируемых человеком отношений к окружающему В. Н. Мясищев видел в том, что они отражают объективно существующие отношения общества и условий макро– и микробытия, в которых он живет и которые, взаимодействуя с его организмом, по-разному влияют на возникновение и проявления его интересов и потребностей.

Мясищевым были выделены «сущностные характеристики» отношений. К ним он относил:

• целостность, так, как с одной стороны, «к действительности относится человек в целом», а с другой стороны, «отношения связывают человека не столько с внешними сторонами вещей, сколько с самим предметом в целом» (Мясищев В. Н., 1995, с. 210–211);

• активность: «чем больше выражена активность, тем более выражено отношение» (Мясищев В. Н., 1995, с. 114);

• сознательность, так как личностью может быть только человек, обладающий сознанием, т. е. способностью «правильно отражать действительность в ее основных чертах, отдавать себе отчет в смысле воздействия и обстановки и сообразовать действия с обобщенным содержанием опыта» (Мясищев В. Н., 1995, с. 148);

• избирательность, потому что отношение к объекту зависит от значимости его для личности.

В. Н. Мясищев отмечал, что когда речь заходит об отношениях человека, слово «отношение» приобретает «новый смысл: отношение субъекта к объекту, в котором субъект избирателен, активен и инициативен» (Мясищев В. Н., 1995, с. 113).

В. Н. Мясищев выделял три компонента каждого отношения: эмоциональный, когнитивный и мотивационно-поведенческий. Это соответствует триаде Тетенса (ум, чувство, воля) и, с его точки зрения, не противоречит позиции целостности личности.

Оценивая эмоциональный компонент отношений человека, В. Н. Мясищев выделял положительные, нейтральные, отрицательные и положительно-отрицательные (амбивалентные) отношения.

С когнитивных позиций он различал отношение *к субъекту,* включающее отношение человека к себе, отношение человека к другим и отношение человека к отношению других к нему. Выделение последнего отношения человека к отношению других к нему обусловлено тем, что взаимоотношения двух людей по сути субъектно-субъектные (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999). В качестве важных отношений Мясищев также называл отношения к социальным группам, к животному миру (природе). Кроме отношений к субъектам В. Н. Мясищев выделял отношения человека *к объектам, окружающим его,* и отношения *к событиям* (собственной жизни, жизни других людей).

Выделение волевого компонента отношений позволило Мясищеву различать отношения волевые – неволевые, активные – пассивные, зависимые – независимые, конформные – неконформные и др. Б. В. Иовлев и Э. Б. Карпова считают этот компонент по сути мотиваци-

онно-поведенческим, а классификацию, основанную на нем, недостаточно разработанной (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., 1999).

Теория отношений В. Н. Мясищева четко ориентирует психолога и психотерапевта, каким образом решать одну из важнейших в их работе задач – диагностику личности. Для этого необходимо прежде всего выявить различные отношения человека, представить себе их систему, иерархию, нарушения, установить «содержательные связи» личности с окружающей общественной действительностью (Мясищев В. Н., 1960). А в качестве методов исследования личности В. Н. Мясищев называл «наблюдение, беседу, изучение продуктов деятельности и эксперимент» (Мясищев В. Н., 1960, с. 417). Именно эти методы могут помочь перинатальному психологу выявить особенности изменений систем отношений супругов, других членов семьи, связанные с желанием иметь ребенка, с беременностью, родами, отношений, возникающих и развивающихся в системе «мать – дитя».

Нам представляется, как это ни покажется странным, явной близость позиций концепции психологии отношений В. М. Мясищева и многих положений психоанализа. Д. В. Винникотт показал, что кормление грудью – это начало объектных отношений, самых первых человеческих взаимоотношений. М. Балинт считал, что «сама психоаналитическая психотерапия даже в классическом варианте… по существу представляет собой объектные отношения. Все, что в ходе терапии приводит к изменениям в психике пациента, инициируется событиями в сфере отношений» (Балинт М., 2002, с. 19). Близость концепции Мясищева и психоанализа на первый взгляд вызывает непринятие, прежде всего потому, что в своих работах академик часто критикует психоаналитиков, демонстрирует свое тотальное отрицание их взглядов. Однако следует учитывать, что эти работы создавались в то историческое время, когда психоанализ в России был вне закона. Наверняка в иной ситуации у В. Н. Мясищева нашлись бы веские аргументы для критики многих положений психоанализа, но критика не была бы такой огульной. Можно предполагать, кое-что не вызвало бы у него протеста (например, психодинамический подход), вероятно, нашлись бы и точки соприкосновения. Как писал В. Н. Мясищев, «мерой отношения человека является его поступок и тем в большей степени, чем более трудной (внешне или внутренне) является задача, которую ему приходится решать, или препятствия, которые ему приходится преодолевать» (Мясищев В. Н., 1995, с. 70).

Психология семейных отношений как основа перинатальной психологии

Семья представляет собой одновременно и малую группу и социальный институт, является и субъектом и объектом государственной политики. Это делает ее предметом пристального внимания социологии. С точки зрения социологии семья – социальная система воспроизводства человека, основанная на кровном родстве, браке, объединяющая людей общностью быта, взаимной ответственностью. В то же время семья представляет собой психологическую общность, состоящую из отдельных личностей, имеющих сложные взаимоотношения.

Реализация репродуктивной функции связана либо с образованием семьи, либо с серьезной перестройкой ее системы.

Исходя из понимания перинатальной психологии как области психологической науки, изучающей возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», можно утверждать, что психология семьи, безусловно, должна быть положена в основу биопсихосоциальной модели перинатальной психологии. Наиболее отвечающим задачам перинатальной психологии мы считаем системный подход к изучению семьи. Один из основателей отечественной школы семейной психотерапии – профессор

Э. Г. Эйдемиллер считает «системный подход одним из наиболее широко представленных, перспективных, экономически целесообразных и терапевтически эффективных направлений семейной психотерапии» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999, с. 347).

Руководствуясь теорией В. Н. Мясищева, каждого члена семьи как динамическую систему его отношений к окружающему миру и к самому себе, закономерно и семью рассматривать как открытую систему, взаимодействующую с окружающими ее системами (биологическими, социальными), стремящуюся сохранить себя и постоянно развивающуюся.

Системный подход, разработанный Людвигом фон Берталанфи, позволил преодолеть механистическую точку зрения на живые организмы как на агрегат клеток, на клетки как на агрегат коллоидов и органических молекул, а на поведение – как на сумму условных и безусловных рефлексов. Берталанфи защищал так называемую «организмическую» концепцию, рассматривая организмы как целостные организованные явления, и призывал биологов проанализировать их в этом аспекте (Bertalanfi von L., 1962). Берталанфи не ожидал, что системный принцип существенно поможет найти решения там, где, по его словам, теоретики от Фрейда и Юнга до современных авторов оказались несостоятельными, т. е. – в теории личности. В то же время он полагал, что теория систем может открыть новые перспективы и обнаружить новые точки зрения, способные к экспериментальному и практическому применению при исследовании личности (там же), что, с нашей точки зрения, нашло подтверждение в работах В. Н. Мясищева.

Согласно общей теории систем, функционирование семьи как системы подчиняется закону развития, т. е. проходит определенную эволюцию, цикл, включающий сменяющие друг друга стадии, и закону гомеостаза, проявляющемуся в стремлении системы сохранить свое положение, со сложившимися элементами, связями (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., 2001). Как любая система, семья имеет следующие свойства:

- система как целое больше, чем сумма ее частей;
- любое воздействие на систему в целом влияет и на каждый составляющий ее элемент;
- изменение любого элемента системы приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом.

«Семья, будучи живой системой, обменивается с внешней средой энергией и информацией. За флуктуацией, внутренней или внешней, обычно следует реакция, которая возвращает систему в стабильное состояние. Однако когда флуктуация усиливается, в семье может наступить кризис, в ходе которого происходящие изменения переводят ее на иной уровень функционирования, позволяющий справиться с ситуацией» (Минухин С., Фишман Ч., 1998, с. 28). Эти закономерности хорошо иллюстрируются тем, что происходит с женщиной при возникновении беременности и с членами ее семьи в связи с этим событием, с семьей в целом. Ведь беременность – «начало непременных и бесповоротных отношений «мать – дитя»» (Пайнз Д., 1997, с. 55). Изменения, происходящие в организме беременной женщины, в ее психике, во многом определяют психологическую обстановку в семье, характер взаимоотношений ее членов, что в свою очередь влияет на будущую мать. С. Минухин предупреждал, что появление ребенка означает возникновение в семье новой диссипативной (упорядочивающей) структуры, что влечет за собой сложную реорганизацию супружеского холона (греч. *holos* – целый) (системы «муж – жена») и нередко ставит под угрозу существование всей системы семьи (Минухин С., Фишман Ч., 1998).

Важнейшими характеристиками семьи Э. Г. Эйдемиллер называет структуру, функции и динамику.

Каждая семья имеет определенную *структуру,* отличающуюся составом ее членов, а также совокупностью их взаимоотношений (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999). Структуру семьи можно представить как топографию – квазипространственный срез семейной жизни (Холмогорова А. Б., 2002). Основными характеристиками, которые позволяют ее опи-

сать, являются понятия «связь» и «иерархия». Связь *(kohasion)* – это психологическое расстояние между членами семьи. Если оно очень близкое (симбиоз) или, напротив, очень далекое (разобщенность) – это может привести к семейной дисфункции. Иерархия характеризует отношения доминантности – подчинения в семье. По данным исследований Р. Кеттелла, в прочных браках мужья, как правило, доминируют, но если их власть слишком велика, брачная пара превращается в нестабильную супружескую группу. Доминантность мужчин связана с проявлением полового диморфизма, который таким образом участвует в регуляции супружеских отношений (Обозов Н. Н., 1990). Выявлено, что борьба за власть выступает первым толчком для ссор у двух из трех разводящихся пар (Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А., 1990).

Элементы структуры семьи называются семейными подсистемами, представляющими собой локальные, дифференцированные совокупности семейных ролей, которые позволяют семье избирательно выполнять определенные функции и обеспечивать ее жизнедеятельность (Минухин С., Фишман Ч., 1998). Подсистемы могут быть двух типов: включающие членов семьи, принадлежащих к одному поколению или к разным поколениям (Черников А. В., 2001; Wood B., 1985). Член семьи может состоять сразу в несколько подсистемах, т. е. быть членом одновременно и в родительской, и в супружеской, и в детской, и, например, в мужской (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2006). Внешние границы отделяют семью от окружающего мира, границы между подсистемами называются внутренними. Чрезмерно ригидные или прозрачные границы могут приводить к нарушениям функционирования семьи.

Функциями семьи, предназначением которых является удовлетворение потребностей ее членов, являются: воспитательная, хозяйственно-бытовая, эмоциональная, сексуально-эротическая, а также функции духовного (культурного) общения и первичного социального контроля. Нужно сказать, что выполнение всех этих функций необходимо для нормального течения репродуктивного процесса.

Нарушать функционирование семьи могут чрезмерные фрустрирующие события повседневной жизни и критические события, в том числе и происходящие в обществе социальные перемены. Повседневные перегрузки *(daily hassels)* воспринимаются как угрожающие, оскорбительные, связанные с потерями, предвещают негативные перемены (Kanner A. D., Coyne J. C., Schaefer C., Lasarus R. S., 1981). К критическим событиям (life events) относят (Baumann U., Laireiter A. – R., 1995; Filipp S. H., 1990):

• события, которые (в отличие от хронических стрессоров) можно датировать и локализовать во времени и в пространстве;

• события, сопровождающиеся стойкими эмоциональными реакциями;

• события, требующие более продолжительного времени и больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок.

Состояние беременности, несмотря на то что является физиологическим, как правило, полностью отвечает этим критериям.

Структура и функции семьи меняются также в зависимости от стадий жизнедеятельности семьи, что обусловливает ее динамику.

Динамике развития семьи, ее жизненному циклу посвящены многие исследования как психологов, так и социологов. Подробнее мы остановимся на них в следующей главе. Смена стадий сопровождается тем, что в новой ситуации привычные способы функционирования семьи перестают работать. Если при этом формируемые новые способы функционирования оказываются неадекватными, то нарушаются гомеостатические процессы и состояние семейной системы характеризуется как критическое.

Кризисы, связанные с закономерностями жизненного цикла семьи, называются нормативными или горизонтальными стрессорами (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999). Типич-

ным примером такого кризиса является беременность и рождение ребенка. К нормативным кризисам можно также отнести и нарушающие гомеостаз семьи изменения системы отношений кого-либо из ее членов, связанные с процессами эволюции и инволюции в онтогенезе. Вертикальными стрессорами жизнедеятельности семьи Э. Г. Эйдемиллер называет передачу от поколения к поколению по механизмам социального наследования («патологизирующее семейное наследование») неблагоприятных паттернов эмоционально-поведенческого реагирования (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М., 2006).

Без понимания структуры семьи, планирующей рождение ребенка, ожидающей его рождения, семьи с младенцем, особенностей их функционирования и динамики, решать задачи, стоящие перед перинатальными психологами и психотерапевтами, не представляется возможным.

Составляющие биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Перинатальная психология, рожденная как научная дисциплина на стыке нескольких наук, требует системного биопсихосоциального подхода, подразумевающего нелинейные отношения между переменными.

Теории нелинейной динамики и детерминированного хаоса описывают системы, поведение которых определяется достаточно простыми законами, но при этом результат поведения системы точно прогнозировать невозможно. В отличие от линейных структур, в которых незначительные изменения начальных условий продуцируют соответствующие изменения конечного результата, нелинейные системы чрезвычайно чувствительны к малейшим колебаниям исходно заданных параметров. В координатах нелинейной динамики систему «окружающий мир – мать – дитя» гипотетически можно рассматривать в качестве саморазвивающейся открытой структуры со сложным поведением, которое регулируется предположительно простыми, но пока еще не известными алгоритмами. Результат влияния на эту систему самых различных факторов зачастую непредсказуем.

Во время перинатального периода ребенок живет с матерью практически одной жизнью и динамическая структура «окружающий мир – мать – дитя» является особо чувствительной по отношению к любым колебаниям. Иными словами, вспоминая знаменитый вопрос метеоролога Лоренца «Может ли взмах крыла бабочки в Бразилии вызвать месяц спустя торнадо в Техасе?» (так называемый *butterfly effect),* патологический фактор, воздействующий на течение беременности, может сыграть роль «взмаха крыла бабочки» и вызвать серьезные трудности при реализации генетического потенциала ребенка. Описание алгоритмов, определяющих развитие и устойчивость системы «окружающий мир – мать – дитя», позволит прогнозировать ее поведение, а также предвидеть последствия происходящих с ней изменений. Следует отметить, что подобные попытки уже предпринимаются, но относятся скорее к сфере акушерства и гинекологии. Так, в ряде остроумных исследований, обзор которых представлен в работе Дидье Сорне (Didier Sornette), доказана фрактальность процесса течения родов и определены векторы, помогающие прогнозировать как длительность каждого периода, так и его возможные нарушения (Sornette D., 2002). Можно надеяться, что в перинатальной психологии и психотерапии этому будет способствовать биопсихосоциальная модель перинатальной психологии, рассматривающая биологические, психологические и социальные аспекты репродуктивного процесса у человека в их взаимосвязи, созданная на основе теорий, предлагающих системный подход к исследованиям. Основными из них, по моему мнению, являются:

- концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов;
- теория Отто Ранка о влиянии на психическое развитие и становление личности человека полученной им при рождении травмы;
- представления Дональда Вудса Винникотта о единстве системы «мать – дитя», о формировании в этой системе объектных отношений, о значении переходного объекта;
- вышедшая из психоанализа теория привязанности Джона Боулби и Мэри Эйнсворт;
- понимание Владимира Николаевича Мясищева личности как системы отношений;
- системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина.

Глава 4
Психология зачатия

Зачатие как начало репродуктивного процесса

Исследование процесса зачатия встречает массу трудностей. Это процесс очень интимный, очень значимый как для его участников, так и для их ближайшего окружения.

Биопсихосоциальный подход позволяет всесторонне рассмотреть проблемы, связанные с зачатием, вскрыть многие бессознательные механизмы этого процесса, понять причины его особенностей в том или ином частном случае.

С биологической точки зрения успешность зачатия, течения беременности и родов во многом связана с состоянием психического и физического здоровья потенциальных родителей на момент зачатия. Безусловно, имеют значение и наличие или отсутствие у них болезней, наследственный фактор. Большую роль играют материальное благосостояние семьи, особенности работы или учебы, социально-бытовые условия и т. п. И психосоциальным и биологическим фактором одновременно является возраст родителей. Исследования последних лет показали, что у 28,6 % женщин возрастной группы 36 лет и старше беременность служит причиной ухудшения состояния здоровья, а у женщин 21–25 лет это наблюдается почти в четыре раза реже (Безрукова О. Н., 2007). Особенности зачатия и его последствий могут быть связаны с тем, планировалось ли оно или произошло случайно, схожи ли эмоциональные реакции женщины и мужчины на возникшую беременность.

О связи становления психических функций, развития личности будущего ребенка с психосоциальными факторами, определяющими особенности зачатия, писал основатель теории трансакционного анализа Э. Берн (Bern E., 1972). Он считал, что «ситуация зачатия человека может сильно влиять на его будущую судьбу» (Bern E., 1972, с. 193). Непосредственно ситуацию зачатия он предлагал называть «зачаточной установкой» (Bern E., 1972, с. 194) и рекомендовал, независимо от того, была ли она «результатом случайности, страсти, любви, насилия, обмана, хитрости или равнодушия… анализировать любой из этих вариантов, чтобы выяснить, каковы были обстоятельства и как подготавливалось это событие. Планировалось ли оно? Если планировалось, то как: хладнокровно и педантично, с темпераментом, разговорами и обсуждениями или при молчаливом страстном согласии? В жизненном сценарии будущего ребенка могут отразиться все эти качества» (Bern E., 1972, с. 194), так как отношение родителей к интимной жизни отражается на их отношении к ребенку.

В. Р. Эмерсон (Emerson W. R., 2005) предлагает термин *«травматическое зачатие»,* используемый в ситуации, когда женщина не готова стать матерью, но согласилась забеременеть (или оставить случайную беременность), уступив настоятельным просьбам нелюбимого мужчины или своей матери, мечтающей о внуке (Эмерсон В. Р., 2005).

На основании своих исследований Э. Берн выделил различные «родовые сценарии». К пяти-шести годам они принимают почти завершенный вид, и человек начинает жить как «неудачник» или «победитель», растет «гордостью семьи», «наследником ее славных традиций» или «не оправдывающим надежды». Наиболее часто встречающимися Э. Берн считал сценарии «происхождение» и «искалеченная мать». В основе первого лежат сомнения ребенка в том, что его родители настоящие, в основе второго – его знание о том, как тяжелы были роды для матери. Большое значение Э. Берн придавал именам, нередко отражающим амбиции родителей, недовольство их полом ребенка (Bern E., 1972).

Таким образом, если зачатие не случайно, то в работе перинатального психолога прояснение его мотивов имеет большое значение. А если зачатие случайно, необходимо выяснять мотивы сохранения беременности.

Мотивы зачатия

Е. Д. Фергюсон (E. D. Ferguson) полагает, что мотив определяет побуждение, настойчивость, энергию и направленность поведенческой реакции, и попросту говоря, отвечает на вопрос, «почему» человек ведет себя так, а не иначе (Ferguson E. D., 1996). Стремясь как можно лучше разобраться в мотивах зачатия, перинатальный психолог должен учесть, что ответы на прямые вопросы, задаваемые мужчине и женщине на эту тему, далеко не всегда объективно отражают реальность, а нередко могут вводить в заблуждение или быть неверно истолкованы.

Брехман (2005) справедливо отмечает, что беременность может менять взаимоотношения супругов как в лучшую сторону, так и ухудшать их (Брехман Г. И., 2005). Мужчина может испытывать к жене чувство благодарности, стать более нежным и внимательным. Порой известие о беременности вызывает у мужчин психологический дискомфорт, раздражение, делает их агрессивными. Во многом состояние взаимоотношений супругов зависит от стадии формирования супружеского холона, на которой возникла беременность (Добряков И. В., 2001). Разумеется, незапланированное зачатие, отрицательное отношение к возникшей беременности со стороны одного, а тем более обоих участников процесса чаще сопровождаются выраженными, нескрываемыми отрицательными эмоциями, ставят под угрозу продолжение отношений мужчины и женщины.

Обычно на часто задаваемый вопрос: запланирована ли беременность, желанным ли будет рождение ребенка или нет, врач или психолог, получив положительный ответ, как правило, не продолжает расспросы на эту тему. Предполагается, что желание беременности обоими супругами – залог психологического комфорта, семейного счастья, благоприятной ситуации для течения беременности и родов. Это далеко не так. Часто бывает, что запланированная, желанная беременность не сближает супругов, а, наоборот, приводит к отчуждению, делает напряженными отношения, семейную ситуацию. Все зависит от преобладания конструктивных и неконструктивных мотивов, но и мужчина, и женщина, как правило, не понимают, почему так происходит, многого не осознают. А если и пытаются объяснить какие-то нюансы своего поведения, часто делают это неверно, искренне заблуждаясь, прибегая к рационализации.

Исследование мотивов зачатия довольно сложно, так как всегда психолог имеет дело не с одним, а с совокупностью мотивов. С. В. Трушкина установила, что при опросе беременных женщин о мотивах зачатия они, как правило, называют не один, а три и больше мотива. Причем 80 % из них основным мотивом зачатия считали выполнение женского долга («женщина должна иметь детей!»). Это говорит о высокой обусловленности социальными установками принятия решения иметь ребенка (Трушкина С. В., 2005). Таким образом, одновременно существует несколько мотивов, которыми руководствуются мужчина и женщина, сознательно принимая решение зачать ребенка, но лишь один из них является основным.

Мотивы зачатия, как в калейдоскопе, составляют прихотливый узор, в котором сочетаются как конструктивные мотивы, положительно влияющие на развитие личностей мужчины и женщины, их отношений, так и деструктивные мотивы, несущие угрозу повышения тревоги, появления депрессии, ухудшения отношений, разрыва. Четких, устоявшихся формулировок мотивов зачатия не выработано, поэтому разные авторы пользуются своими.

Мотивы женщины и мужчины могут быть разными. Выявить их непросто. При этом следует установить конструктивные мотивы, способствующие укреплению семьи, личностному росту супругов, благополучному рождению и развитию ребенка, и деструктивные, приводящие к обратным результатам. Один и тот же мотив в одной ситуации может быть конструктивным, а в другой – нет.

Конструктивные мотивы прежде всего связаны с чувством любви. Примером скрытых, неосознаваемых сопутствующих мотивов зачатия при этом могут служить:

• стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке;

• выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;

• желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было).

Деструктивно (относительно деструктивно) сказывается на семейных отношениях, на личности каждого из супругов, на воспитании ребенка и его развитии зачатие, имеющее следующие цели:

• вынудить партнера жениться;

• укрепить отношения в семье («привязать» к себе, вернуть мужа, предотвратить его уход и т. п.);

• родить «назло» партнеру;

• родить, «чтобы был хоть один близкий человек», чтобы было о ком заботиться;

• заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека (умершего, бросившего);

• изменить социальный статус;

• «быть как все»;

• показать родителям, что стала (стал) взрослым человеком;

• вынудить родителей смириться с браком;

• выполнить настойчивую просьбу родителей о рождении внука или внучки;

• родить «для здоровья» (нередко по совету врача);

• получить материальные выгоды (пособие, алименты, улучшить жилплощадь и пр.) и многое другое.

Исследование частоты встречаемости разных мотивов является, в силу указанных причин, крайне сложной задачей. Ее попытались решить Н. В. Боровикова и С. А. Федоренко. Они выделили следующие мотивы сохранения беременности (Боровикова Н. В., Федоренко С. А., 2000).

• Беременность «ради ребенка» (6 %) – наиболее позитивный мотив, отражающий психологическую потребность женщины в материнстве и готовность к нему. Он характерен для социально зрелых, личностно состоявшихся, а также одиноких женщин в возрасте.

• Беременность от любимого человека (3 %) способствует созданию высокого уровня адаптивности женщины к беременности. Будущий ребенок выступает как частица любимого человека, символ «светлого» прошлого или настоящего, который женщина хочет пронести через всю жизнь.

• Желание соответствовать социальным ожиданиям мужа, потенциальных бабушек и дедушек, окружающих (24 %). По их мнению, этот мотив наиболее характерен для молодых женщин, вышедших замуж по расчету.

• Протестный мотив, при котором женщина хочет забеременеть «назло» мужчине или родителям (12 %). Этот мотив может как осознаваться женщиной, так и не осознаваться. В последнем случае женщина как бы символически говорит своим родителям о том, что она уже взрослая и может распоряжаться своим телом сама (Pines D. A., 2001). Такое поведение свойственно молодым девушкам. Беременность носит характер вызова, противостояния миру взрослых, является для женщины драматической и часто тяжело травмирует ее психику. Будущий ребенок используется в качестве объективного аргумента, объясняющего невозможность возврата к прежним отношениям.

• Беременность ради сохранения отношений (16 %), когда женщина решается на рождение ребенка, чтобы внести нечто новое в близкие отношения с мужчиной и удержать его рядом.

• Беременность как отказ от прошлого (8 %) – в этом случае беременность может расцениваться самой женщиной как желание почувствовать себя личностью, обрести женскую индивидуальность, зачеркнуть свое прошлое. Нередко символизирует начало нового этапа в жизни и наиболее часто встречается у женщин с «туманным и бурным» прошлым.

• Беременность как уход от настоящего (5 %) преобладает у одиноких женщин, потерявших надежду на личное счастье. Они пытаются уйти от собственных проблем в своего ребенка, заместить свою жизнь его жизнью.

• Беременность ради сохранения собственного здоровья (26 %) – мотив обусловлен страхом причинить вред своему здоровью абортом или утратить возможность деторождения в будущем.

Н. В. Боровикова и С. А. Федоренко считают, что первые два мотива проявляются как на бессознательном, так и на сознательном уровне, остальные обычно не осознаются женщинами (Боровикова Н. В., Федоренко С. А., 2000).

Незапланированные зачатия

К сожалению, в настоящее время зачатие в большинстве случаев бывает не запланированным, а случайным. По статистике, в Российской Федерации до 30 % женщин вынашивают нежеланную беременность, каждый восьмой ребенок в стране рождается вне брака (Безрукова О. Н., 2007). В США примерно половина беременностей, заканчивающихся родами, не планировалась (Чемберлен Д., 2005).

К огромному сожалению, аборт до сих пор остается одним из распространенных методов регулирования рождаемости. Неудачи при попытках прервать нежеланную беременность усугубляют психотравмирующее воздействие ситуации нежеланной беременности (Верни Т., 2005).

Если женщина после периода сомнений решает оставить беременность, то, как правило, она нуждается в психологическом сопровождении. При этом психолог должен разобраться в мотивах сохранения беременности. От аборта при нежелательной беременности женщин могут удерживать опасения за свое здоровье, религиозные представления о грехе, доводы против, вовремя приведенные значимыми, уважаемыми людьми. Если женщина вынашивает нежеланного ребенка, то ее эмоциональный фон обычно характеризуется амбивалентностью. Во время беременности у таких женщин часто отмечаются вегетативные нарушения, обострения психосоматических и хронических физических заболеваний, токсикозы, различные невротические реакции, стертые депрессивные состояния. Все это приводит к искажениям антенатального взаимодействия в системе «беременная – плод». При этом беременные женщины оказываются не готовыми к родам, а ребенок уже в утробе лишается базового доверия к матери и окружающему миру, что впоследствии приводит к повышенной тревожности, снижению чувства собственного достоинства.

В. В. Абрамченко считает, что осложненное течение беременности часто является соматическим проявлением внутриличностного конфликта, связанного с неблагоприятной ситуацией материнства (Абрамченко В. В., 2001).

Нежеланных детей рожают преждевременно примерно в восемь раз чаще, чем желанных. Но даже у доношенных нежеланных детей в 45 % случаев отмечаются признаки морфофункциональной незрелости. Из числа нежеланных младенцев 46,9 % нуждаются в интенсивной терапии в связи с возникшими сразу же после родов соматическими и неврологическими осложнениями, среди желанных детей таких лишь 14,8 % (Брутман В. И., Северный А. А., 2001).

В. И. Брутман и А. А. Северный выявили, что у нежеланных детей часто отмечаются факторы риска психической патологии:

• наследственно-конституциональный (наличие у родителей психических заболеваний и личностных девиаций);

• психологическая неготовность женщины к материнству (враждебность к плоду и связанные с ней нарушения сенсорного и гуморального взаимодействия в антенатальном периоде);

• психические, поведенческие, соматические нарушения у будущей матери во время беременности;

• задержки созревания плода и недонашиваемость (Брутман В. И., Северный А. А., 2001).

При выявлении в анамнезе этих факторов желательна консультация психолога или психотерапевта.

Отвержение еще неродившегося ребенка влияет на его социальную адаптацию в дальнейшей жизни. Многие из таких детей имеют заниженную самооценку, испытывают боль-

шие трудности в установлении межличностных отношений. Позднее им трудно выбрать профессию, создать семью. К своим собственным детям они нередко холодны.

Само решение иметь ребенка, как правило, неоднозначно воспринимается разными членами семьи. Его рождение приводит к смене социальных ролей, отношений в семье. Это может быть причиной скрытых и явных конфликтов, переживаний. Таким образом, еще до зачатия, только при планировании деторождения семья часто нуждается в консультации психотерапевта.

Зачатие на разных стадиях жизненного цикла семьи

Э. Берн большое значение придавал очередности рождения, так как она может объяснить многие возникающие в связи с зачатием особенности внутрисемейных отношений. Второй ребенок рождается в семье, в корне отличной от той, в которой родился первенец. Эти семьи отличаются количественным составом, опытом родителей, системой отношений и пр. Мотивы зачатия первого и второго ребенка разные (Bern E., 1972). Наши клинические наблюдения также подтверждают, что особенности развития и состояние здоровья младенца во многом зависят от того, во время какой стадии жизнедеятельности семьи он родился.

Супружеский холон (нуклеарная семья), как человек, проходит стадии рождения (свадьба), младенчества, развивается и болеет. Может выздороветь или преждевременно умереть (развод). Иногда «заболевания» семьи приобретают хроническое течение. Рождение ребенка в здоровой семье благоприятно, в больной – чревато нарушениями его развития и здоровья. Иногда супруги или один из них видит в зачатии и рождении ребенка способ выхода семьи из критической ситуации, ее выздоровления. По нашим наблюдениям, рождение ребенка в критической ситуации, а зачастую намеренная попытка разрешить ее с помощью беременности и родов, как правило, неуспешна. Ребенок при этом не оправдывает надежд, связанных с благотворным влиянием на отношения супругов его появления, установление раннего диалога в системе «мать – дитя» затруднено. Все это отрицательно сказывается на здоровье малыша, препятствует его нормальному развитию.

Существует много вариантов деления жизненного цикла семьи на стадии, этапы, периоды. Часто в качестве основных признаков для определения стадии используют наличие или отсутствие в семье детей, а также их возраст (Duvall E., 1957; Васильева Э. К., 1975). Однако мы считаем, что не рождение ребенка определяет переход семьи в следующую стадию развития, а решение супругов зачать ребенка (или оставить незапланированную, случайную беременность) зависит от стадии формирования супружеских отношений (холона).

Для изучения вопроса о влиянии стадии развития супружеского холона на появление мотивации к зачатию целесообразно выделять стадии развития семьи на основе анализа динамики отношений супругов. Были выделены следующие стадии:

- добрачных отношений;
- конфронтации;
- компромиссов;
- зрелого супружеского холона;
- экспериментирования с независимостью;
- ренессанса супружеских отношений.

Закономерность чередования стадий прослеживается в подавляющем большинстве семей, однако сроки смены одной стадии другой весьма вариабельны. Это связано как с личностными особенностями членов семьи, так и с влиянием факторов внешней среды.

Первая стадия добрачных отношений продолжается в среднем около 9-12 месяцев. Она характеризуется состоянием эйфории, доминирующими, а иногда и сверхценными идеями любовного содержания, усилением полового влечения. Все представляется влюбленным в розовом свете, недостатки партнера игнорируются. К концу этой стадии отношение друг к другу становится более критичным, замечаются недостатки, на которые ранее не обращали внимания. При этом нередко отношения прерываются. Однако если за это время люди стали по-настоящему близки и дороги друг другу, принимается решение вступить в брак, цель которого – укрепление отношений.

Незапланированная, случайная беременность может служить своеобразным катализатором развития отношений. Довольно часто заключение брака и образование новой семьи

напрямую связано с беременностью и ожиданием родов. Сам по себе ребенок при этом нередко не представляет для молодой женщины особой ценности, а лишь является средством решения личных проблем. В этом случае наблюдаются трудности формирования раннего диалога матери и младенца. Они значительно усугубляются, если ребенок не оправдывает возложенных на него надежд. Воспитание такого младенца, как правило, осуществляется по типу гипо-протекции, характеризуется бессознательным или осознаваемым непринятием малыша матерью, что сказывается на его развитии и состоянии здоровья.

Вторая стадия конфронтации начинается с того момента, когда молодожены начинают жить вместе. Длительность ее очень вариабельна, зависит от многих факторов: мотивов заключения брака, отдельного или совместного проживания молодоженов с родителями, их благосостояния и пр. И мужчина, и женщина, заключившие брак, имеют определенные привычки, взгляды на обязанности и стереотипы взаимоотношений мужа и жены. Строя семью, каждый опирается на свой опыт, полученный в семьях родителей. Зачастую эти представления противоречивы, что приводит к конфликтам. Только начав совместную жизнь, молодожены с удивлением отмечают, что избранник (избранница) сильно отличается от того образа, который они себе создали. То, в какой степени отличаются ожидания от реальности, определяет уровень конфликтности отношений. Родители молодоженов с обеих сторон нередко нарушают границы незрелого супружеского холона, прямо или косвенно убеждая своих детей в том, что только их родительские семьи достойны подражания. В результате противостояние супругов нарастает. Беременность и рождение ребенка в этой ситуации, как правило, не укрепляет, а расшатывает семью. К. Витакер описывает это следующим образом: *«При беременности мать ослабляет связь с отцом и все больше и больше занимается значимым другим, растущим в ее утробе. А «непривязанный» отец находит себе иную привязанность – деньги, секретаршу, новую машину или собственную мать. Когда ребенок рождается, мать привязывается к нему еще сильнее. Отец в еще большей степени вынужден прилепиться к чему-то на стороне, пока ребенку не исполнится года полтора. И тогда мать поворачивается к отцу, а его нет рядом. У нее развивается чувство одиночества»* (Whitaker C., 1989).

В подобной ситуации ранний диалог матери с младенцем характеризуется достаточной глубиной и взаимопониманием, однако неразрешенные конфликты с мужем, его компенсаторное поведение делает женщину тревожной, эмоционально неустойчивой, что сказывается и на отношениях в диаде «мать – младенец». Часто это выражается в необоснованных по своей сути невротических опасениях за состояние здоровья ребенка, может появиться фобия утраты. Обстановка, в которой при этом развивается ребенок, крайне неблагоприятно сказывается на его здоровье, он начинает часто болеть, что, в свою очередь, еще больше тревожит мать.

Третья стадия компромиссов знаменуется окончанием противостояния. Иногда это происходит постепенно, иногда – стремительно. Во втором случае после очередного серьезного конфликта, приведшего обоих супругов к пропасти окончательного разрыва, они внезапно осознают невозможность существования друг без друга. Страх потерять супруга заставляет идти на уступки, принимать его таким, какой он есть на самом деле, со всеми недостатками и достоинствами. Чтобы улучшить отношения, партнеры уже не столько пытаются изменить другого, сколько меняют себя. Совместными усилиями определяются и принимаются семейные роли, права, обязанности каждого из супругов. В этот период они начинают больше понимать, уважать друг друга. Отношения постепенно становятся все более и более конструктивными. Вызывающие столько трений сознательные или неосознанные безуспешные попытки создать копию родительской семьи наконец-то оставлены. Начинается строительство по-настоящему новой семьи, имеющей свои вкусы, ритуалы, обычаи, традиции. Начинается взросление семьи, укрепление ее внешних границ от внешних пося-

гательств. Совместное творчество увлекает, сплачивает еще больше. И вершиной этого творчества может стать совместное желание иметь ребенка, а также деятельность, направленная на достижение этой цели. Новорожденный в такой семье желанен, любим. Для родителей он представляет самостоятельную ценность, а не средство манипуляции, позволяющее решать какие-то личные проблемы. Стабильность отношений родителей, пронизанных взаимопониманием, любовью и благодарностью друг к другу, – главная гарантия здоровья и безопасности младенца. В этой стадии условия формирования раннего диалога младенца и матери наиболее благоприятны. Отец не чувствует себя лишним и обычно так же, как и мать, устанавливает ранний диалог с ребенком.

Четвертая стадия зрелого супружеского холона может длиться много лет. Она характеризуется стабильностью и всеми особенностями, характерными для заключительного этапа предыдущей стадии. Неудивительно, что через некоторое время после рождения в предыдущем периоде малыша, приносящего столько радости, у супругов возникает желание иметь еще одного ребенка. В периоде зрелой семьи рождение детей происходит в благоприятной ситуации для формирования раннего диалога младенца с родителями, развития здорового ребенка.

Пятая стадия экспериментирования с независимостью начинается в связи с периодом личностного кризиса середины жизни одного или обоих супругов. К этому времени дети подросли, отношения между супругами стали привычными, рутинными, потеряли остроту. Бессознательный страх того, что оставшаяся половина жизни будет сплошь состоять из выполнения семейных и служебных обязанностей, которые порядком надоели, заставляет предпринимать попытки каких-то изменений. Человек нередко пытается выйти за рамки своего жизненного сценария, поменяв работу, семью, место и даже страну проживания.

Если до этого семейная жизнь протекала гладко и супруг достаточно внимателен к своей «половине», то он своевременно понимает, что с любимым происходит неладное, помогает ему справиться с кризисом. В противном случае возникает реальная угроза разрыва. Попытка предотвратить его с помощью беременности и родов, которая иногда предпринимается одним из супругов (чаще женщиной) или (реже) с обоюдного согласия, к успеху почти никогда не приводит. Ранний диалог с родившимися в результате детьми имеет недостатки, во многом напоминающие отмеченные у рожденных в стадии добрачных отношений, что неблагоприятно для развития и здоровья ребенка.

Шестая стадия ренессанса – заключительная стадия развития семейных отношений, на которой может родиться ребенок. Если семья сумела пережить кризис, то нередко отношения между супругами становятся еще более близкими и доверительными, чем до него. Именно в этой ситуации может возникнуть желание родить еще одного ребенка. Так появляются на свет дети, имеющие сибсов, которые старше их на 5-10 лет. Новорожденные любимы, их появление на свет радует всех, включая сестер и братьев. Семейная ситуация благоприятствует формированию раннего диалога. Однако воспитывают этого последнего ребенка, появившегося на свет вследствие примирения папы и мамы, часто по типу потворствующей гиперопеки. В результате ребенок нередко растет эгоистичным, изнеженным, несамостоятельным, у него могут развиваться невротические реакции.

Итак, практика показывает, что в процессе становления раннего диалога родителей с ребенком, в успешности его развития значительную роль играет стадия развития семейных отношений, во время которой произошло зачатие, протекала беременность, произошло родоразрешение. Если беременность наступила во время первой, второй, пятой стадий жизнедеятельности семьи, нередко супругам целесообразно обратиться к психологу, а в сложных случаях – к семейному психотерапевту.

Оптимальными условиями зачатия, вынашивания, рождения и вскармливания здорового ребенка являются гармоничные отношения его родителей: супруги любят друг друга,

их семейная жизнь устоялась, серьезные противоречия разрешены, желание иметь ребенка обоюдно, они перестают предохраняться от беременности, их интимные отношения становятся целенаправленными, осмысленными и приобретают еще большее очарование, доставляют еще большее наслаждение. Совместные хлопоты, решение проблем, которые предшествуют началу воплощения в жизнь мечты иметь ребенка, заставляют супругов быть более ответственными, укрепляют отношения.

Желательно, чтобы в этот период будущие родители как можно больше времени проводили вдвоем и им никто не мешал. Хорошо, если мужчина и женщина могут связать зачатие своего ребенка с определенной обстановкой, местом, ситуацией, могут в дальнейшем в течение многих лет возвращаться туда в воспоминаниях и наяву. Еще древние считали, что наслаждение прекрасной природой, произведениями искусства способствует зачатию и благоприятно влияет на течение беременности.

В этот период важно вести здоровый образ жизни, рационально питаться. Очень полезно длительное пребывание на свежем воздухе, физические нагрузки. Доказано, что прием поливитаминов супругами в течение двух недель до зачатия и двух недель после него предупреждает многие осложнения беременности. Срок две недели выбран не просто так. Ведь именно в течение двух недель созревают мужские половые клетки (сперматозоиды). Учитывая, что они жизнеспособны в течение примерно трех дней, легко вычислить, что при активной половой жизни здоровых супругов в течение менструального периода есть всего 4–5 дней до и после овуляции, во время которых возможно зачатие.

Когда желание иметь ребенка осмысленно, можно попытаться сделать так, чтобы зачатие произошло в определенный промежуток времени. Зная, что беременность продолжается примерно 40 недель, легко запланировать срок предстоящих родов. Взяв исходной точкой первый день предполагаемой, но не состоявшейся менструации, нехитрые расчеты можно провести следующим образом. От этой даты необходимо отступить на две недели. Именно в это время ориентировочно произошло зачатие. Затем от полученной даты нужно отсчитать 280 суток, которые необходимы для вынашивания ребенка.

Таким образом, можно приурочить роды ко времени, свободному от хлопот и переживаний, которые нужно предвидеть (например, сессии, защиты дипломов, командировки, ремонт, смены жилья и т. п.).

Некоторые врачи рекомендуют супругам планировать зачатие на август – сентябрь, а роды соответственно на апрель – май. В качестве обоснования этого приводятся следующие доводы: осенние месяцы более благоприятны для зачатия, так как супруги при этом получают много витаминов со свежими овощами и фруктами; при рождении ребенка в весенние месяцы первое полугодие его жизни приходится на весенне-летний период, благоприятный для длительного пребывания на свежем воздухе в легкой одежде.

Рекомендации эти весьма относительны… С нашей точки зрения, совсем неплохо, если роды произойдут, например, в августе, и новорожденный будет получать материнское молоко, богатое минеральными солями и витаминизированное плодами природы. Разные сроки зачатия имеют свои недостатки и преимущества, супруги должны выбрать их сами, учитывая реалии их жизни.

Лишь на приеме у психолога или психотерапевта некоторые супружеские пары впервые задумываются о том, почему желание иметь ребенка появилось у них именно на этом этапе совместной жизни, что значило для семьи рождение малыша. Ответы на эти вопросы, которые приходится слышать от пациентов, часто бывают противоречивыми, поверхностными.

Глава 5
Психология беременности

Физиология и психология беременности

Психология беременности является настолько важным в перинатальной психологии разделом, что многие врачи, а нередко и психологи видят задачи перинатальной психологии исключительно в изучении психологических особенностей беременной женщины и в разработке программ дородовой подготовки.

Как уже указывалось, выделение перинатальной психологии оправданно прежде всего своеобразием объекта ее изучения, а именно диады «мать – дитя». Ни один другой раздел психологии не сталкивается со столь удивительным объектом, характеризующимся единством двоих – женщины и пренейта, имеющих общий орган (плаценту), общие границы и симбиотически связанные, зависимые друг от друга физиологию и психическое функционирование. Эмоции, которые испытывает мать, вызывают изменения биохимии крови, частоты дыхания, сердечных сокращений, артериального давления. Таким образом, несмотря на отсутствие прямой связи нервных систем матери и пренейта, он подвержен влияниям ее меняющегося эмоционального фона. Это подтверждается тем, что в момент волнения матери увеличивается его двигательная активность.

Еще в 1987 г. Хорст Никкель на симпозиуме «Новые исследования. Жизнь до и во время рождения» (Neue Erkenntnisse. Das Leben vor und wahrend der Geburt), проходившем в Университете Оснабрюк, высказал мнение, что нужно исследовать не диаду «мать – дитя», а триаду «мать – дитя – отец» (Nickel H., 1988). В последнее время, в связи с повышением интереса к роли отца, эта идея становится модной, находит своих приверженцев. Разделяя мнение о том, что «материнская и отцовская любовь – единое эмоциональное поле» (Аквис Д. С., 1999, с. 92), не умаляя значения отца и того влияния, которое он может оказывать на течение беременности, развитие пренейта, нельзя согласиться с тем, что отношения отца с женой и пренейтом отвечают критериям объединения в диаду «мать – пренейт» и позволяют говорить о триаде «мать – пренейт – отец». Главной особенности перинатальной диады – общих телесных и психических границ – у отца ни с пренейтом, ни с младенцем нет. В то же время супружеские отношения мужа с женой предполагают максимально возможную (но в реальной жизни редко достижимую) психическую и телесную близость, что является одной из важных причин формирования у мужчин комплекса Лая. При этом мужчина начинает ревновать жену к пренейту, а затем к родившемуся ребенку, т. е. к диадным отношениям матери и ребенка. Женщина при дисгармонии супружеских отношений дефицит положительных эмоций восполняет за счет отношений с пренейтом, а затем с ребенком. Она бессознательно препятствует своевременной сепарации сына, что способствует возникновению его соперничества с отцом за внимание женщины, формированию у мальчика комплекса Эдипа. Внимание перинатальных психологов должно быть направлено на то, как и каким образом взаимодействуют отец и диада «мать – дитя», как строятся их отношения, сосредоточено на успешном прохождении ребенком эдипальной фазы психосексуального развития и на предупреждении развития комплексов Лая и Эдипа. Психологическая коррекция отношений в перинатальном периоде способна предупредить развитие эдипального конфликта и помочь в разрешении.

Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет 10 лунных месяцев, или 280 дней. В развитии пренейта выделяют эмбриональный, или зародышевый

(первые восемь недель), плодный, или фетальный (последующие недели) периоды. В течение этого времени происходят значительные изменения в женском организме, развиваются системы и органы пренейта, а также органы, обеспечивающие их совместную жизнедеятельность. Все это сопровождается значительными изменениями психики женщины, постепенным становлением и развитием психических функций пренейта.

Чтобы происходили эти сложнейшие процессы развития пренейта, организм беременной женщины и ее психика подвергаются серьезной перестройке. Значительные изменения касаются прежде всего функционирования эндокринной системы, центральной нервной системы, обменных процессов. При этом прекращаются месячные. Для здоровой женщины с регулярным циклом задержка месячных является весьма вероятным признаком наступления беременности. Отражением гормональных изменений являются также усиление пигментации сосков, увеличение размера молочных желез, нередко появление молозива. На коже груди и живота могут появиться так называемые растяжки беременных gravidarum).

Рефлексивное принятие своего нового образа «я в положении» Н. В. Боровикова предложила называть «аффектом осознания себя беременной» (Боровикова Н. В., 1998). Она считает, что с момента осознания и внутреннего принятия себя беременной у женщины обнаруживается симптом противоречивого отношения к беременности. Н. В. Боровикова полагает, что даже желанная беременность всегда вызывает у женщины противоречивые эмоции: радость и печаль, оптимизм и страх. Н. В. Боровикова предложила термин «синдром беременности» для отражения психологических изменений, возникающих у женщины в связи с гестацией, что, на наш взгляд, не очень корректно. Под синдромом принято понимать совокупность симптомов, объединенных единым патогенезом (греч. *syndrome* – стечение признаков болезни) (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1983). Таким образом, автор термина все происходящие с женщиной в течение девяти месяцев психологические изменения, начиная со дня осознания ею своего нового положения и заканчивая родами, объявляет патологическими. С этим нельзя согласиться.

В. Д. Менделевич связывает изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности с процессами адаптации ее организма и личности к новому физиологическому состоянию (Менделевич В. Д., 2001).

В начале беременности важными изменениями функционирования центральной нервной системы женщины являются понижение возбудимости коры головного мозга и относительное повышение возбудимости подкорковых образований. При этом у беременных отмечается некоторая заторможенность, повышается потребность во сне. Подобные изменения носят адаптивный характер, так как приводят к благотворным для диады снижению активности женщины (в том числе сексуальной), к увеличению времени, отводимого на отдых и сон, к ограничению контактов беременной с внешней средой. Женщине необходимо время, чтобы привыкнуть к изменениям форм тела, а также к нередко встречающимся в разных сочетаниях слабости по утрам, тошноте, сонливости, к болям в пояснице и в животе, к судорогам в ногах, к учащению мочеиспусканий (тахиурии), склонности к запорам и пр. Физиологические изменения, связанные с беременностью, влияют на эмоции женщины и в то же время частично обусловлены переменами в аффективной сфере, характеризующимися лабильностью и нередко противоречивостью. С одной стороны, женщина испытывает радость, удовлетворение и чувство гордости в связи с состоявшимся материнством, с другой – страх взросления, опасения осложнений течения беременности и родов, сомнения в своей материнской компетенции и состоятельности. Понимание особенностей и динамики аффективной сферы беременной женщины необходимо перинатальному психологу для успешной коррекции.

Первые месяцы беременности характеризуются становлением гестационной доминанты. Отношение женщины к предстоящему материнству еще амбивалентно, настроение

ее без видимых причин может колебаться от подавленности до уровня эйфории. Во втором и третьем триместре гестационная доминанта уже сформирована. При нормальном течении беременности у женщины преобладают положительные эмоции, фон настроения относительно стабилен.

Однако даже при нормальном течении беременности в разнообразии их эмоциональных реакций с трудом можно уловить какие-то тенденции. Слишком много факторов на них влияет. Не может отмечаться одинаковой эмоциональной реакции на беременность у женщины, страстно желавшей ее вместе с мужем, и у женщины, для которой, как пишет Джоан Рафаэль-Лефф, беременность является исполнением давнего заветного желания, попыткой перечеркнуть прошлое, начать новую жизнь, и у женщины, забеременевшей от случайного партнера и подумывающей об аборте. Беременность может отражать бессознательные фантазии женщины, связанные с ностальгией по внутриутробному симбиозу с матерью, возвращать ей утраченное в процессе сепарации, являться подтверждением сексуальной привлекательности (Raphael-Leff J., 2005).

Р. Джонсон отмечал, что некоторые женщины, удостоверившись, что беременны, сразу же воспринимают пренейта как своего ребенка, имеющего определенную внешность и даже определенный пол, тогда как для других пренейт представляется частью их тела, от которой можно избавиться, как, например, от аппендикса (Джонсон Р. А., 2008).

Такая разница в принятии беременности, характер изменений, происходящих с женщиной во время гестации, зависят от большого количества разнообразных факторов.

К основным неблагоприятным значимым биологическим факторам следует отнести:

• особенности конституции женщины: рост менее 150 см и масса на 25 % выше или ниже нормы;

• возраст женщины до 18 лет многие исследователи (Смулевич А. Б., 2001; Kahn R. S., 2002; Reardon D. C., Cougle J. R., 2002 и др.) справедливо считают фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных;

• возраст беременной женщины старше 35 лет, с точки зрения В. Л. Велес-Нистром (B. L. WeUes-Nystrom) и П. де Шато (Chatau de P., 1987), коррелирует с большей тревожностью. Они обнаружили, что беременные женщины этой возрастной группы испытывают больше опасений по поводу состояния своего здоровья и здоровья пренейта, по поводу предстоящих родов и материнства, кормления грудью (Welles-Nystrom B. L., Chatau de P., 1987);

• возраст мужчины старше 40 лет;

• состояние соматического здоровья женщины и мужчины в момент зачатия;

• состояние соматического (и гинекологического, в частности) здоровья женщины на момент зачатия и во время беременности. Собирая гинекологический анамнез, следует обратить внимание на такие крайне неблагоприятные факторы, как бактериально-вирусные гинекологические заболевания, бесплодие в анамнезе, осложненные аборты, неоднократные аборты, оперативные вмешательства на матке и придатках, пороки развития матки, осложненное течение предыдущей беременности, невынашивание предыдущей беременности, замершая беременность, мертворождения, число родов четыре и более, преждевременные роды, рождение детей с низкой или крупной массой тела, рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития, смерть в неонатальном периоде и пр.;

• состояние психического здоровья женщины во время беременности. А. Е. Сидоров (2003) установил, что у женщин с пограничными психическими нарушениями гестоз развивается в 2,2 раза чаще, угроза преждевременных родов отмечается в 3,3 раза чаще, а угроза выкидыша встречается в 2,7 раза чаще, чем у психически здоровых беременных (Сидоров А. Е., 2003).

К наиболее часто встречающимся факторам, которые можно считать и биологическими, и социальными, относятся:

• наличие у женщины и мужчины профессиональных вредностей;

• наличие у женщины и мужчины любых форм химической зависимости (курение табака, алкоголизация, наркотизация) (Kumar R., Robson K. M., 1984 и др.);

• неблагоприятные социально-бытовые условия, недоедание. Многие исследователи (Cooklin A. R., Rowe H. J., Fisher J. R., 2007; Edge D., 2007; Escribe-Aguir V. et al., 2008; Kitamura T., Sugawara M., Sugawara K., 1996; McKee M. D. et al., 2001 и др.) считают, что низкий социально-экономический статус значительно повышает риск развития невротических депрессивных нарушений у беременных;

• неблагоприятная климатическая и экологическая среда обитания;

• отсутствие возможности у женщины медицинского наблюдения, обследования и консультаций.

К основным неблагоприятным психосоциальным факторам можно отнести:

• незапланированную беременность;

• нежелательность беременности (как на сознательном уровне, так и на бессознательном) женщиной, мужчиной, ее значимыми близкими родственниками. Исследования ряда ученых (Barber J. S., Axinn W. G., Thornton A., 1999; Myhrman A., Rantakallio P., Isohanni M., 1996; Naiman J. M., Morrison J., Williams G. et al., 1991 и др.) показали, что матери, родившие ребенка от нежеланной беременности, менее внимательны к своим детям, проводят с ними меньше времени, чаще применяют физические наказания, чаще сами жалуются на сниженное настроение. Все перечисленное является признаками того, что женщина не принимает своего ребенка, отвергает его осознанно или на бессознательном уровне. В результате такого пренатального (а затем, как правило, и постнатального) отвержения матерью дети растут ранимыми, актуальные жизненные переживания воспринимаются ими в контексте неразрешенных предшествующих. У них существенно чаще, чем у желанных детей, отмечаются проблемы, связанные с психологическим и социальным развитием (Верни Т., 1994). Они предрасположены к возникновению невротических, психосоматических расстройств (Hasing H., Janus L., 1994; Levend H., Janus L., 2000), имеют склонность к депрессивным состояниям, к аутоагрессивному (суициды) и гетероагрессивному поведению (Эмерсон В. Р., 2005);

• дисгармоничные супружеские отношения (Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., 2001; Kitamura T., Sugawara M., Sugawara K., 1996; Lusskin S. I., Pundiak T. M., Habib S. M., 2007; O'Hara M. W., 1986 и др.);

• дисгармоничные отношения с близкими родственниками. Особенно значимое влияние на психическое самочувствие женщины во время беременности оказывают ее отношения с собственной матерью, в которых находят отражение ранние детские идентификации (Филиппова Г. Г., 1998, 1999, 2002; Pines D. A., 2001; Raphael-Leff J., 2005);

• желанная по неконструктивным мотивам беременность (Добряков И. В., 2003);

• наступление беременности в неблагоприятную стадию формирования супружеского холона (вне брака, на стадиях конфронтации, экзистенциального личностного кризиса) (Добряков И. В., 2003);

• течение беременности на фоне значительных повседневных перегрузок – *daily hassels* (Kanner A. D., Coyne J. C., Schaefer C., Lasarus R. S., 1981);

• хроническая психотравмирующая ситуация, на фоне которой протекает беременность, угрожающая нарушением границ, утратой значимых ценностей, здоровья, жизни;

• критические события *(life events)* во время беременности, которые можно датировать и локализовать во времени и в пространстве;

• стресс и связанная с ним психическая травма, т. е. событие высокой интенсивности, превышающее приспособительный потенциал беременной и приводящее к нарушениям адаптации (Perrez M., Laireiter A. – R., Baumann U., 2002).

В. М. Воловик считает психогенные факторы особо значимыми, а иногда и ведущими в развитии раннего гестоза беременных (Воловик В. М., 1969). Возникновение гестоза, вызванные этим переживания могут в свою очередь также привести к появлению нервно-психических расстройств, отрицательно влияющих на течение беременности (Захаров Р. И., 2001).

Некоторые авторы полагают, что вызываемое психогениями напряжение брюшного пресса играет важную роль в невынашивании беременности (Швецов М. В., 2001; Morland L. A. et al., 2008).

Важно отметить, что сам факт беременности может восприниматься женщиной как психическая травма (Filipp S. H., 1990).

Эмерсон предложил термин *взаимодействие травм,* так как считает, что особенности проявления последствий психотравмирующего воздействия на женщину во время беременности определяются взаимодействием различных травматических факторов друг с другом. При этом, однако, очень важно выявлять ведущий психотравмирующий фактор и второстепенные (Эмерсон В. Р., 2005).

Пренатальное, как и постнатальное, развитие происходит дискретно и хотя имеет индивидуальные особенности, детерминировано и происходит по определенным законам. Выделяют критические периоды пренатального онтогенеза, во время которых пренейт становится особо восприимчив к воздействию патогенных факторов. В эти периоды возрастает риск возникновения нарушений физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери, что может оказать влияние, и подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала пренейта (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994б).

К критическим периодам относятся:

• первые 5–6 дней после зачатия. За это время оплодотворенная яйцеклетка должна пройти маточную трубу и закрепиться в матке. При нарушении процесса прохождения, при неудачном месте имплантации или недостаточно качественном закреплении в слизистой матки возможно прерывание беременности (выкидыш);

• период с 4-й по 6-ю неделю беременности, во время которого устанавливаются симбиотические отношения женщины и пренейта, согласуются зрелая физиология организма взрослой женщины и находящаяся в периоде развития и становления физиология пренейта;

• период с 20-й по 24-ю неделю беременности, во время которого идет становление основных систем организма пренейта, приобретающих к концу 24-й недели свойства, характерные аналогичным органам и системам новорожденного (Анохин П. К., 1975).

Развитие различных структур головного мозга также идет в строго детерминированной генетической последовательности. При этом отмечаются периоды повышенной уязвимости к повреждающим воздействиям, характеризующиеся высоким темпом размножения органоспецифических нейробластов. В англоязычной литературе подобные периоды наивысшего напряжения получили название spurt – спурты. Можно выделить спурты созревания какой-либо функции головного мозга. Выявление характера спуртов в различные сроки беременности уточняет содержание критических периодов внутриутробного развития (Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н., 1985).

Диалектика сочетания общих закономерностей пренатального развития и индивидуальных особенностей развития, функционирования системы «мать – пренейт» позволяет лишь с большими допущениями судить о том, что происходит на определенных отрезках времени. При этом чем меньший период времени рассматривается, тем больше вероятность ошибок. С этим связаны часто встречающиеся несоответствия приводимых в литературе на эту тему фактов. Лишь с большими допущениями можно попытаться констатировать происходящие каждую неделю изменения в процессе пренатального развития.

Физиология и психология первого триместра беременности

Первый триместр беременности может быть назван триместром *зарождения диады и формирования органов пренейта.*

Беременность, жизнеспособность возникающей диады требуют перестройки обменных процессов, происходящих в организме женщины, их соответствия обменным процессам пренейта, решения задач обеспечения его трофики и выделения.

Возбудимость коры больших полушарий головного мозга беременной несколько снижается, а возбудимость спинного мозга и подкорковых центров повышается. У многих женщин при возникновении беременности это проявляется повышением чувствительности обоняния, непереносимостью некоторых запахов, стремлением ощущать другие (нередко экстравагантные). Могут появиться вкусовые прихоти, выражающиеся в императивных желаниях съесть что-нибудь кислое или соленое, какой-нибудь конкретный продукт.

Процесс гармонизации жизнедеятельности двух организмов может сопровождаться появлением у беременной женщины гиперсаливации, тошноты по утрам (так называемыми misnomer).

У пренейта в этом триместре формируются практически все внутренние органы.

Срок беременности принято считать в акушерских неделях – от первого дня последней менструации (при регулярном менструальном цикле 28 дней). Срок в акушерских неделях больше возраста самого пренейта (от оплодотворения яйцеклетки) на две недели. Роды происходят приблизительно в 40 (36–42) акушерских недель. Для того чтобы избежать путаницы, дальнейшее описание развития диады будет дано в акушерских неделях.

Началом беременности следует считать оплодотворение, т. е. слияние в ампулярной части маточной трубы мужской и женской половых клеток, несущих по 23 хромосомы каждая, и формирование зиготы, содержащей уже 46 хромосом (отцовский и материнский наборы).

В течение **1-й недели,** получая питание из желточного мешка, непрерывно делясь (причем темп делений все время нарастает), оплодотворенная яйцеклетка должна пройти маточную трубу, попасть в матку. В течение этого времени зигота превращается сначала в морулу (лат. *morus* – тутовая ягода), напоминающую тутовую ягоду, а к середине шестых суток в бластоцисту, состоящую более чем из 100 клеток и готовую к имплантации (внедрению и закреплению) в слизистую оболочку матки.

На **4-й неделе** (2-й неделе после оплодотворения) происходит имплантация, после чего начинается развитие плодных оболочек, пуповины и плаценты, обеспечивающих внутриутробную жизнедеятельность пренейта. Если закрепление происходит слишком низко, недостаточно крепко, пренейт может развиваться, однако в течение длительного времени будет существовать угроза выкидыша.

На этом сроке популярный тест на беременность еще может давать отрицательный результат, однако анализ крови на бета-ХГЧ будет положительным.

На **5-й неделе** у пренейта развивается осевой комплекс зачатков органов и идет плацентация. Зачатки всех основных функциональных систем и органов человеческого организма возникают в виде трех зародышевых листков. Из наружного листка образуются покровная ткань, волосы, ногти, зубы, эпителий ушей, глаз, носа, а также нервная система. Из среднего листка развивается хорда, которая выглядит в виде выпуклой полосы, проходящей по всей длине зародыша. Из него также образуются хрящи, кости, позвоночник, скелетные мышцы, внутренние органы, сосуды, кровь, лимфа, половые железы. Из внутреннего

листка – трубки, находящейся внутри эмбриона, развивается кишечник, эпителий дыхательной системы, органов пищеварительной системы, печени, поджелудочной железы.

У женщины в этом периоде в срок не наступают месячные, так как гормональные изменения, связанные с гестацией, не допускают созревания новых яйцеклеток. Может отмечаться повышение температуры до субфебрильных значений (37,0-37,5°).

К **6-й неделе** пупочный канатик зародыша уже достаточно длинный для того, чтобы пренейт мог свободно плавать в околоплодных водах амниона (плодного пузыря), получая питание из кровеносных сосудов в стенке матки. Начинает формироваться хорион.

Из двух кровеносных сосудов формируется пульсирующая сердечная трубка, являющаяся прообразом сердца. Образуются прообразы и других основных внутренних органов и систем организма. При ультразвуковом обследовании можно определить размер плода. От головы до копчика он составляет примерно 4–7 мм, весит пренейт около 3 г.

В этот период у многих женщин отмечается головная боль, повышенная утомляемость, снижение или, наоборот, повышение аппетита. Осознание факта беременности у любой женщины становится доминирующей идеей, вызывает волнение, положительные или отрицательные, а нередко амбивалентные эмоции. Во многом их характер зависит от того, планировалась или нет беременность, каких реакций на новость ожидает женщина от мужа и других значимых родственников.

На **7-й неделе** образуется хорион – будущая плацента, которая будет выполнять дыхательную, трофическую, выделительную, эндокринную и защитную (иммунную) функции. Кроветворение происходит в стенке желточного мешка. Появляются первые клетки надпочечников и щитовидной железы. Начинается формирование позвоночника и двух полушарий головного мозга.

Женщина при этом замечает, что белье стало теснее прилегать к талии. У многих отмечается тошнота, гиперсаливация.

На **8-й неделе** у пренейта уже работает сердце, постепенно разделяясь перегородками на три камеры, можно даже снять электрокардиограмму. Уже можно различить пищевод, желудок, кишечник, поджелудочную железу. Начинает работать печень, функционируя как кроветворный орган. Уже обозначились позвонки. Голова пренейта сильно наклонена вперед, начинает работать вестибулярный аппарат. Появляются очертания лица: рот и нос представляют собой одно отверстие. На месте будущих глаз появляются широко расставленные выпуклости, на месте ушей возникают два углубления. Продолжают работать сформированные внутренние органы.

Копчико-теменной размер (КТР) пренейта 1,5 см.

У женщины могут увеличиваться молочные железы.

На **9-й неделе** на лице пренейта появляются небольшие веки, не прикрывающие глаз, происходит закладка слезных желез. Начали прорисовываться губы, появляются маленькие ушные раковины, есть зачатки глаз, ушей, рта. Руки и ноги шевелятся. Развивается тактильная чувствительность. Вначале отмечается реакция пренейта на прикосновение в области рта.

КТР пренейта составляет 2–2,5 см.

У женщин на этом сроке беременности возможны головокружения и обморочные состояния. Продолжается тошнота. Неустойчивость настроения напоминает предменструальные аффективные изменения.

К началу **10-й недели** продолжается бурное развитие органов и систем, а плацента все еще не сформировалась, поэтому пренейт особенно чувствителен к различным вредностям.

Голова быстро начинает расти и как бы слегка приподнимается. Начинают развиваться голосовые связки. В головном мозге можно различить все основные отделы, количество

извилин уже почти соответствует их числу у новорожденного. Формируются слои коры больших полушарий, уже можно зарегистрировать ее биоэлектрическую активность.

Ритмично бьется сердце. Крупные кровеносные сосуды постоянно делятся на более мелкие, проникающие во все органы, участки тела.

Формируются мышцы, начинается окостенение скелета. Рост костей приводит к быстрому увеличению рук и ног, растущих с одинаковой скоростью и имеющих одинаковую длину. На их окончаниях появляются утолщения, из которых разовьются соответственно кисти и стопы. На них различимы по пять уплотнений – это будущие пальцы. К концу 10-й недели мышцы начинают работать. В результате руки могут сгибаться в локтях, а ноги в коленях. С этого времени пренейт принимает характерную позу эмбриона: голова наклонена, руки прижаты к телу, ноги согнуты в коленях и подтянуты к животу. Пренейт уже способен реагировать на прикосновение к любому участку тела.

К исходу 10-й недели внутриутробного развития КТР пренейта составляет примерно 3,3 см, а весит он около 10 г.

У женщины на этом сроке беременности особенно резко могут проявляться изменение вкуса, гиперосмия. Продолжается тошнота, появляется изжога. Могут отмечаться выделения из влагалища.

11-я неделя. Голова у пренейта в два раза больше тела, но уже не так сильно наклонена. В этот период у него вполне можно различить черты лица. Размеры лба и рта становятся меньше. За счет продолжающегося роста головы глаза начинают сближаться, но кажутся очень большими из-за отсутствия век. Продолжается интенсивное развитие и формирование скелета, хорошо различимы пальцы рук. На языке появляются вкусовые сосочки. Желудок уже принимает положение, которое сохранится и у новорожденного. Удлиняется и становится в связи с этим извитым кишечник. Происходит разделение клоаки на два выходных отверстия: из кишечника и мочевыделительной системы.

На этом сроке беременности у многих женщин отмечается снижение полового влечения. Мочеиспускание становится более редким. Так как стенки кровеносных сосудов становятся более проницаемыми и хрупкими, возможно появление носовых кровотечений, кровоточивости десен.

Физиология и психология второго триместра беременности

Второй триместр может быть назван *триместром испытаний сформированных органов и систем пренейта.*

У беременных женщин на этом сроке возбудимость коры больших полушарий головного мозга и подкорковых центров имеет примерно одинаковый уровень. При нормальном течении беременности эмоциональный фон женщины стабилизируется. Происходит принятие новой жизни в себе – перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка (Боровикова Н. В., 1998). Чаще всего это наступает после первого шевеления плода.

Головной мозг пренейта интенсивно развивается, формируются органы эндокринной системы (щитовидная и околощитовидная железы, надпочечники, поджелудочная железа, гипофиз).

С **12-й акушерской недели** пренейта принято называть плодом. В этом сроке образуется плацента, хотя полное ее формирование и становление функций продолжается до 18–20 недель. С началом формирования плаценты и превращением эмбриона в плод начинается второй триместр беременности.

На 12-й неделе на лице пренейта появляются губы, он может открывать рот и заглатывать околоплодную жидкость, которую затем можно обнаружить в его кишечнике, что

свидетельствует о его сформированности. Печень и почки принимают такое же положение, которое будет сохраняться и после рождения. На пальцах рук и ног появляются ногти. Развиваются проводящие пути центральной нервной системы, возрастает двигательная активность.

У женщин к этому сроку становится заметным увеличение молочных желез, прикосновение к ним может быть неприятно и даже болезненно. Пигментация ареол сосков усиливается. Матка делается твердой, увеличивается до размера крупного апельсина.

На **13-й неделе** пренейт может поворачивать голову, совершает движения ногами и руками, сжимает кулачки, однако женщина этих движений пока не чувствует. У него хорошо развит язык. Он может пытаться делать сосательные движения. Уже можно различить наружные половые органы, однако определить по их внешнему виду пол пока невозможно. Формируются семенники или яичники.

В этом периоде беременности при ее неосложненном течении женщин, как правило, перестает беспокоить тошнота.

К **14-й неделе** глаза у пренейта еще больше сближаются и уже не кажутся слишком большими, так как появляются веки. До самого рождения они будут сомкнуты. У пренейта уже хорошо развита кожная чувствительность, на кончиках пальцев появился индивидуальный дерматоглифический рисунок. Формируется хватательный рефлекс. Продолжают развиваться внутренние органы. Частота сердечных сокращений достигает 130–150 ударов в минуту. Печень продолжает выполнять функцию кроветворения. У пренейта появляются вначале первые эритроциты, содержащие зародышевые формы гемоглобина, а затем и лейкоциты.

К концу 14-й недели беременности средняя длина пренейта достигает 8,5 см, а весит он 25 г.

Эмоциональный фон у женщины на этом сроке обычно стабилизируется. Она все еще не чувствует движения пренейта, хотя его двигательная активность значительно возросла.

Уже на **15-й неделе** беременности у пренейта формируется хватательный рефлекс. Уже развиты основные органы, ответственные за восприятие различных ощущений и их представительства в головном мозге. Вначале появляются вкусовые ощущения, позднее – обоняние, слух, чувство равновесия. В последнюю очередь появляются зрительные ощущения. Совершенствование и специализация сенсорных систем продолжаются не только до родов, но и после. Диаметр брюшной полости увеличивается за счет роста внутренних органов и становится равен среднему размеру головки. У пренейта отмечаются хорошо выраженные двигательные реакции на изменение эмоционального состояния матери. Хорошо сформированы почти все кости.

Длина пренейта составляет около 10 см, а вес почти 50 г.

Женщина в этот период довольно часто чувствует себя усталой, жалуется на невнимательность и забывчивость. Матка увеличилась настолько, что уже может пальпироваться в брюшной полости над лоном.

К **16-й неделе** ноги у пренейта стали длиннее рук. Идет бурное развитие коры головного мозга, хорошо различимы его борозды и извилины. Пренейт уже начинает координировать движения рук, способен крутить головой, откидывать ее, сосать палец. Заканчивается дифференцировка наружных половых органов пренейта, и его пол, предопределенный уже в момент оплодотворения, становится различим визуально к исходу 16-й недели.

На этом сроке беременности фон настроения у женщины неустойчив. Значительное увеличение матки нередко проявляется ощущением дискомфорта в области малого таза и колющих болей в боку. Аппетит может снижаться или, наоборот, повышаться. В связи с уменьшением уровня гемоглобина крови может отмечаться повышенная утомляемость. Некоторые женщины, имеющие опыт прошлых гестаций, способны на этом сроке впервые

за эту беременность почувствовать шевеление пренейта, отличив его от иных ощущений в животе.

К **17-й неделе** формирование головного и спинного мозга продолжается. Совершает первые дыхательные движения грудная клетка. Желудок, кишечник, желчный пузырь уже работают, печень начинает функционировать как орган пищеварения, передав основные кроветворные функции развившемуся красному костному мозгу. Пренейт способен заглатывать окружающие его околоплодные воды, в результате у него может формироваться и выделяться первородный кал (меконий). Почки также уже работают. Моча, как и меконий, может выделяться в околоплодные воды, однако основным органом выделения пренейта остается хорошо сформированная к этому времени плацента.

Фигура женщины на этом сроке беременности становится все более округлой, уже может потребоваться обновление гардероба. Увеличение объема работы сердца может проявляться ощущениями учащенного сердцебиения, что не должно беспокоить. Могут появляться боли в спине.

На **18-й неделе** у пренейта наблюдается выраженная реакция на звуковой раздражитель. Пренейт длиной 15–17 см весит примерно 120 г. Его активные движения в виде нежных мягких касаний или бульканья могут ощущать уже не только опытные женщины, готовящиеся родить повторно, но и, при благоприятных обстоятельствах, беременные впервые. Это очень важное событие – ощущение первых шевелений…

К **19-й неделе периоды** двигательной активности пренейта в течение примерно 20 минут чередуются сорокаминутными периодами покоя. За сутки он совершает до 150 движений конечностями, может широко открывать рот, имитируя зевание. Сердечные сокращения ритмичны, достигают частоты 160 ударов в минуту. Печень начинает работать, доказательством чего служит обнаруживаемый с этого времени в кишечнике первородный кал (меконий), состоящий в основном из желчи, а потому имеющий зеленоватый цвет. Весит пренейт уже больше, чем плацента. Он хорошо слышит и дифференцирует звуки.

На этом сроке беременности женщины часто жалуются на повышенную потливость и заложенность носа.

К **20-й неделе** у пренейта появляется мимика. Не только на голове, но и на теле вырастают пушковые волосы *(lanugo).* Начинают работать сальные железы, вырабатывающие особую первородную смазку, покрывающую пренейта и защищающую его от механических повреждений, риск которых увеличивается в связи с повышением двигательной активности.

На животе у женщины может появиться темная пигментация кожи в виде вертикальной линии, которая исчезнет примерно через год после родов. В этот период даже те женщины, которые беременны впервые, а также имеющие сниженную чувствительность (в связи с локализацией плаценты на передней стенке матки или большой толщиной подкожной жировой клетчатки) чувствуют и дифференцируют шевеления пренейта. Ощущение шевелений часто вызывает у женщины амбивалентные эмоции. С одной стороны, это радость, связанная с получением постоянного подтверждения того, что внутри нее живой, ее собственный ребенок. С другой стороны, особенно при часто встречающихся соматических недомоганиях (головокружения, сердцебиения, отеки конечностей, изжога, запоры, тахиурия и пр.), может расти тревога, появиться перинатальная дисморфофобия, регрессивные фантазии, в которых пренейт представляется деструктивным и опасным созданием внутри ее тела (Pines D., 1994). Именно шевеление (причем женщина, как правило, не осознает этого) вызывает или усиливает опасения того, что гинекологический осмотр или сексуальная активность могут повредить ребенку. Попытки объяснить беременной, что ее опасения абсурдны, бесполезны. Способствовать принятию пренейта матерью на этом сроке могут занятия, на которых предоставляется информация о том, что у ребенка внутри нее уже хорошо развиты слух, тактильная чувствительность, что с этим необходимо считаться. Ни в коем случае нельзя пере-

гружать его сенсорные каналы, однако обязательно нужно их стимулировать (разговаривать с ним, прикасаться к нему через брюшную стенку). Женщину можно научить элементарным приемам гаптономии, позволяющим получить обратную связь. Подобная тактика благотворно сказывается на течении беременности, снижает тревогу женщины, повышает уверенность в себе.

К концу **21-й недели** у пренейта сформировались зачатки постоянных зубов. Длина пренейта около 25 см (из них одна треть – 8 см – приходится на головку), а весит он почти 300 г.

На этом сроке беременности начинает активнее работать щитовидная железа женщины, при этом может усиливаться гипергидроз, начать беспокоить сердцебиения, появляться одышка при ходьбе.

К **22-й неделе** сердце пренейта сокращается ритмично с частотой 130–140 ударов в минуту, специалист уже может прослушать сердцебиение стетоскопом через брюшную стенку.

Пренейт при росте 25 см весит около 400 г.

На этом сроке беременности живот настолько велик, что пупок начинает выпячиваться. Нагрузка на почки матери увеличивается, они начинают задерживать жидкость в организме, резко усиливается прибавка массы тела. С этого периода необходимо ограничивать потребление соли, чтобы избежать отеков и патологической прибавки веса.

На **23-й неделе** у пренейта уже есть ресницы и брови. Он хорошо слышит и при резком звуке вздрагивает. Если звуки повторяются длительное время, наступает привыкание к ним и вздрагивания не происходит. Повторные сочетания звонка с резким звуком через некоторое время приводят к тому, что на один звонок плод будет реагировать соответствующим движением. Это свидетельствует о том, что пренейт способен запоминать звуки, у него можно выработать условный рефлекс. Постоянно он слышит шум тока крови в брюшной аорте, стук биения сердца женщины. Каждая мать знает: чтобы успокоить новорожденного, нужно взять его на руки и прижать к груди. Было доказано, что новорожденные быстро перестают плакать, когда слышат запись звуков работающего сердца, сделанную через жидкую среду. Японские ученые, записавшие на магнитофон внутриутробные звуки, которые слышал пренейт, показали, что прослушивание их младенцами сопровождалось проявлением на лицах детишек положительных эмоций.

Весит пренейт около 450 г. Он очень подвижен, и мать уже не путает его движения с перистальтикой кишечника.

Многих женщин на этом сроке снова начинает беспокоить изжога.

На **24-й неделе** активность пренейта часто увеличивается во время дневного отдыха женщины. Однако шевелений в ночные часы и ранним утром отмечается меньше. Он может спать 1,5–2 часа подряд, поэтому отсутствие движений в течение этого времени не должно беспокоить.

На **25-й неделе** пренейт весит примерно 540 г.

На этом сроке беременности у женщины могут появиться ощущения в виде нерегулярных безболезненных напряжений матки, так называемые контракции Брекстона-Гикса. Провоцировать их могут стресс, оргазм, резкие движения, дефекация, мочеиспускание. Некоторые женщины продолжают испытывать их на протяжении всей беременности. Такие безболезненные напряжения не являются признаком угрозы невынашивания беременности, пока не сопровождаются тянущими ощущениями внизу живота, свидетельствующими о начале раскрытия шейки матки.

Примерно в это время женщины нередко вспоминают неразрешенные конфликты прошлого, обостряются обиды. Это может сопровождаться появлением раздражительности, симптома завышенных притязаний по отношению к мужу, другим окружающим близ-

ким людям (Боровикова Н. В., 1998). Возникают идеи о сексуальной непривлекательности, могут усилиться переживания дисморфоманического содержания. Если женщина не получает желаемого отклика на свои притязания, растет уровень тревоги, что может приводить к появлению страха перед родами. Отношения с мужем становятся либо отчужденно холодными, либо конфликтными, помимо прочего, в связи с изменением сексуальных стереотипов. Особенно это выражено, если беременность протекает на стадии развития супружеских отношений, получившей название «конфронтации». Привлечение отца к «сеансам связи» с пренейтом позволяет гармонизировать супружеские отношения (Добряков И. В., 1997).

На **26-й неделе** слуховой аппарат пренейта хорошо сформирован, он способен дифференцировать звуки, по-разному реагировать на голоса, интонации. Считается, что с 26 недель пренейт при рождении сможет сделать первый вздох и закричать, однако для того, чтобы он выжил вне организма матери, необходимо создание специальных условий и особый уход.

Длина его тела 30 см, а вес составляет 600–700 г.

У женщины на этом сроке верхняя часть матки достигает пупка. Многие женщины различают, ножкой или ручкой толкнул их пренейт.

На **27-й неделе** у пренейта укрепляются кости. В легких появляется сурфактант.

У женщин возможны частые позывы к мочеиспусканию и тахиурия малыми порциями. Возможно появление судорог в икроножных мышцах.

На **28-й неделе** пренейт реагирует на яркий оранжевый свет, направленный на обнаженный живот беременной, т. е. его глаза способны различать свет и темноту. Его кожа теряет прозрачность, грудная клетка совершает дыхательные движения.

К этому сроку размеры матки настолько увеличены, что это может затруднять дыхание женщины.

Физиология и психология третьего триместра беременности

Третий, последний триместр беременности может быть назван триместром *роста и накопления сил для рождения и внеутробного выживания.*

Возбудимость коры больших полушарий головного мозга у женщины в начале третьего триместра повышается и остается высокой до 38-39-й недели, после чего снижается. Одним из симптомов третьего семестра, описываемых Н. В. Боровиковой, является симптом нетерпения (Боровикова Н. В., 1998). Женщина жалуется на то, что беременность ей надоела, выражает стремление к ее скорейшему окончанию. Это происходит на фоне выраженных колебаний эмоций от радостных переживаний, связанных с предстоящим материнством, до тревожно-депрессивных сомнений в благоприятном исходе родов. На этом фоне может возникнуть или обостриться наблюдавшийся уже в прошлом триместре симптом страха пред родами. Женщина начинает мечтать о том, чтобы избежать родов, хотя, с другой стороны, мечтает о благополучном завершении беременности.

На **29-й неделе** пренейт очень активен, его органы чувств работают все более интенсивно. В течение дня он слышит более ста различных звуков, но так как они доносятся через жидкую среду, лучше воспринимает низкие тона. Многими фактами подтверждается, что он способен воспринимать информацию извне, дифференцировать и запоминать ее.

Продолжается становление эндокринной системы, ее активная деятельность способствует формированию обмена веществ. Кожа пренейта морщинистая, красноватого цвета. Начинает развиваться подкожный жировой слой.

В начале третьего триместра повышение тревоги у женщины, связанное с переживаниями по поводу предстоящих родов, активизирует подготовку к ним и к послеродовому периоду. Возникает желание создать уютное и безопасное место для себя и ребенка. Мно-

гие с этой целью затевают ремонт квартиры. Это так называемый «симптом гнездования», у некоторых он появляется и раньше третьего триместра, но чаще всего усиливается после 30 недель.

На **30-й неделе** пренейту могут сниться сны. Он хорошо ощущает прикосновения через брюшную стенку женщины, может отвечать на них. У него продолжает интенсивно накапливается подкожный жир, спасающий от переохлаждения после родов. Поджелудочная железа уже полностью снабжает его инсулином.

При росте примерно 35 см пренейт весит около 1 кг.

Объем кровообращения у женщины к этому сроку увеличивается на 50 %. Из молочных желез может начать выделяться молозиво.

На **31-й неделе** пренейт выпивает за сутки до литра околоплодной жидкости, в которой плавает, а затем выделяет ее в виде мочи.

При росте 37 см он весит около 1,3 кг.

На **32-й неделе** легкие пренейта полностью сформировались. Он начинает совершать дыхательные движения с частотой до 60 в минуту. Поскольку умение дышать еще не сформировано окончательно, дыхательные движения часто сбиваются на икоту, которая воспринимается женщиной как ритмичные одинаковые толчки в одном месте живота.

Женщина на этом сроке беременности может уйти в дородовый отпуск и заняться обустройством «гнезда». В это время могут усиливаться схватки Брекстона-Гикса.

На **33-й неделе** у пренейта хорошо работают внутренние органы. Четырехкамерное сердце перекачивает кровь, сокращаясь с частотой до 130 ударов в минуту, но отверстие между правой и левой половиной еще не закрылось и кровообращение совершается через пуповину. Печень выделяет желчь, поступающую в кишечник, где она смешивается с проглоченной околоплодной жидкостью и перерабатывается в меконий. Функционируют почки, выделяется моча. Совершаются дыхательные движения. Работает периферическая и центральная нервная система. Все это только репетиция той интенсивной работы, которой им придется заниматься после родов. Активное включение систем произойдет, даже если роды окажутся преждевременными.

Пренейт при росте 39 см весит около 1,4–1,5 кг.

На **34-й неделе** пренейт при росте 40 см весит около 1600 г.

Большинство внутренних органов работают, а легкие начинают активную подготовку к дыханию после рождения. Двигательная активность пренейта несколько снижается. Он спускается ниже, что приводит к смещению центра тяжести и появлению у женщины ощущения, что ее тянет назад.

На **35-й неделе** сердце пренейта совершает 120–160 ударов в одну минуту. Пренейт может уже повернуться головой вниз, и через переднюю стенку живота нетрудно прощупать его ножку или ягодицы. Впрочем, об окончательном положении пренейта нельзя судить вплоть до родов, так как в любой момент он может перевернуться.

На **36-й неделе** волосы на голове пренейта становятся гуще, а пушковые волосы на теле начинают исчезать. Кожа вследствие достаточного развития подкожного жирового слоя из ярко-красной морщинистой становится гладкой и розовой, количество смазки на ней уменьшается. Черты лица становятся более определенными.

Дыхательный центр в головном мозге теперь способен обеспечить процесс дыхания. В легких сурфактант покрывает практически каждую альвеолу.

У женщины усиливается заложенность носа. Может появиться или стать более интенсивным и сохраняться до родоразрешения страх родов.

На **37-й неделе** пренейт двигательно активен. Весит примерно 2,5 кг.

Женщину на этом сроке часто беспокоят боли в спине.

К исходу **38-й недели** пренейт хорошо развит и уже готов к рождению. Он уже настолько велик, что занимает практически все пространство матки. Особенно быстро растет голова, достигающая к девятому месяцу 60 % размера головы взрослого. Диаметр головы 9 см, рост 45 см, вес около 2,5 кг. Беременность доношена.

На **39-й неделе** кишечник пренейта наполнен меконием. Околоплодные воды обновляются каждые три часа.

Весит примерно 2,8 кг. В день прибавляет в весе по 30 г. Кожа приобретает багровый оттенок.

Женщина в нижней части живота ощущает давление, оказываемое головкой пренейта, опускающейся в полость таза. В это время он, как правило, уже принимает положение, в котором будет рождаться:

• головой вниз (головное предлежание);
• головой вверх (тазовое предлежание);
• поперек матки (поперечное положение).

У женщины отмечается понижение возбудимости коры головного мозга и повышение возбудимости подкорковых образований, как и в первом триместре. Она становится спокойнее, повышается потребность в отдыхе, сне.

На **40-й неделе** все функциональные системы пренейта готовы к родам и адаптации к внеутробному существованию.

Подкожный жировой слой достаточно велик, чтобы обеспечивать постоянную температуру тела, с которого исчезли пушковые волосы, а смазка осталась лишь в естественных складках кожи.

На слизистой оболочке губ и рта формируются специальные валики (комочки Биша), облегчающие активное сосание. Железы желудка уже вырабатывают пепсин. Кишечник пока стерилен, но уже отмечается перистальтика, способствующая продвижению мекония.

В легких сформировавшиеся альвеолы, покрытые сурфактантом, готовы раскрыться при первом крике. При окончательном созревании легких плода в околоплодную жидкость начинает выделяться стимулятор простагландинов, что провоцирует начало родовой деятельности.

Увеличиваются надпочечники. Во время родов они будут усиленно вырабатывать адреналин и норадреналин, стимулирующие активность пренейта в родах.

Особенности строения костей черепа (несформированность швов между ними и наличие большого теменного над лобной костью и малого затылочного родничков) позволяет ему менять конфигурацию во время прохождения родовых путей.

К моменту рождения длина пренейта составляет примерно 48–56 см, а весит он около 3000–4000 г, диаметр головы 9 см.

У большинства женщин страх перед предстоящими родами в это время усиливается. Многих пугает снижение двигательной активности ребенка. Часто возникают позывы к мочеиспусканию, увеличивается количество слизистых выделений. Родовые пути женщины готовятся к родам.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД)

Наши исследования, проводимые совместно с педиатром Н. П. Новиковой на базе детских поликлиник Санкт-Петербурга и Кронштадта, показали, что при случайной беременности в 68 % случаев у женщин определяется отклоняющийся от оптимального тип ПКГД. При наличии у беременных акушерско-гинекологической патологии, соматических заболеваний также было выявлено преобладание отклоняющегося типа ПКГД (68 % и 72 % соответственно). У 70 % женщин с осложненным течением родов в анамнезе отмечался неблагоприятный тип ПКГД. Преобладали отклоняющиеся от оптимального типы ПКГД и у женщин, родивших детей, оцененных по шкале Апгар (V. Apgar) менее 7/8 баллов (80 % случаев), и у матерей детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) (67,7 %).

Оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты

Оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) отмечается у женщин, которые рады, что беременны. Они ответственно, но без излишней тревоги относятся к беременности, адекватно реагируют на возникающие проблемы, конструктивно с ними справляются.

Женщина, удостоверившись, что беременна, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. То есть беременность не заставляет женщину существенно изменить образ жизни, так как гестация и рождение ребенка входили в ее жизненные планы, но кое в чем без особого труда и огорчений она себя ограничивает.

Этот вариант формируется преимущественно у хорошо социально адаптированных женщин. Если окружающие замечают их беременность, оказывают им знаки внимания (уступают место в транспорте, пропускают в очереди), женщины не смущаются, с достоинством принимают это. В то же время они не претенциозны, не требуют к себе особого внимания.

Для формирования оптимального типа ПКГД у женщины очень важно то, что отношения с матерью и отцом у нее, как правило, хорошие. Комплекс Электры был своевременно преодолен в детстве, мать и дочь никогда не были в конкурентных взаимоотношениях. Родители женщины не препятствуют ее сепарации, положительно относятся к ее замужеству, беременности, поддерживают и помогают.

Отношения с другими близкими родственниками и друзьями, сослуживцами характеризуются тем, что беременной женщине комфортно в их обществе. Большинство значимых для нее близких людей разделяют ее радость по поводу беременности.

Отношения с мужем у женщины с оптимальным типом ПКГД гармоничны. Беременность, как правило, была запланирована и, в любом случае, желанна обоим. Известие о том, что жена беременна, вызывает у мужа только положительные эмоции. Беременность делает отношения супругов еще теплее. Они беременны вместе, стараются больше времени быть вместе. У них не вызывают протеста предложения совместного посещения занятий по дородовой подготовке, участия мужа в родах. Муж не ревнует жену к пренейту, а затем к ребенку.

При оптимальном типе ПКГД у здоровой беременной женщины биологической и психологической основой формирования психики ребенка является опыт исходного симбио-

тического единства пренейта и матери в периоде безмятежного, почти идеального внутриутробного существования, являющегося залогом здоровья и благополучного развития ребенка. Отношение женщины к пренейту, а затем к родившемуся ребенку характеризуется любовью и ответственностью. Пренейта она воспринимает как частицу себя, но в то же время часто с удовольствием старается представить себе ребенка, которого вынашивает, общается с ним. Когда появляются шевеления, женщина старается (и успешно!) понять, какие эмоции пренейта они отражают, что он хочет ей поведать.

Женщина с оптимальным типом ПКГД при возникновении осложнений беременности адекватно относится к ним, конструктивно сотрудничает с врачами. Она не боится предстоящих родов и считает, что все сможет сделать правильно. Она уверена в своей материнской компетенции, изначально настроена кормить ребенка грудью и, как правило, проблем с лактацией у нее не бывает.

Оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармонического типа семейного воспитания здорового ребенка.

Одной из важных характеристик оптимального типа ПКГД является формирование у женщины *адекватного стиля переживания беременности* по Г. Г. Филипповой (Филиппова Г. Г., 1999). Во многом он соответствует выделенному И. Рафаэл-Лефф *фасилитирующему типу* отношения женщины к беременности. При фасили-тирующем типе женщина перестраивает образ своей жизни так, чтобы создать благоприятные условия для течения беременности, родоразрешения и воспитания ребенка (Raphael-Leff J., 2001). Однако, как мы уже отмечали, она делает это легко, не насилуя себя, так как это соответствует ее желаниям. Беременность и вынашивание ребенка являются органичной частью ее жизненного сценария.

Для адекватного стиля переживания беременности характерно принятие женщиной своей беременности, не вызывающей у нее сильных и длительных отрицательных эмоций.

В первом триместре возможно появление некоторой раздражительности, преходящее общее снижение фона настроения.

Во втором триместре женщина находится в состоянии психологического комфорта, ее настроение ничем не омрачено. Большое диагностическое значение Г. Г. Филиппова придает тому, когда и как женщина воспринимает первое шевеление пренейта. При адекватном стиле переживания беременности женщина, с ее точки зрения, ощущает первое шевеление пренейта рано (в 16–18 недель), отличая его от других ощущений и испытывая при этом исключительно положительные эмоции.

В третьем триместре отмечается повышение уровня тревожности в начале и ее снижение к последним неделям. Активность женщины в третьем триместре связана с подготовкой к послеродовому периоду.

Оптимальный вариант ПКГТ является наиболее благоприятным для становления физиологического компонента доминанты беременности и родовой доминанты, благополучного течения послеродового периода, развития младенца.

Гипогестогнозический вариант психологического компонента гестационной доминанты

Гипогестогнозический (греч. *hypo* – приставка, означающая слабую выраженность; лат. *gestatio* – беременность; греч. *gnosis* – знание) вариант ПКГД характерен для женщин с явным или, чаще, скрытым, бессознательным непринятием своей беременности (Добряков И. В., 1996, 2002). Нередко до того момента, когда не считаться с изменениями в организме женщина уже не может, у нее отмечается атиофориогнозия (греч. *a* – отрицание; *tiophoria* – беременность; *gnosis* – знание).

Как правило, они равнодушны к тому, замечают окружающие у них признаки беременности или нет, но повышенное внимание, расспросы по поводу беременности, состояния здоровья, попытки особого отношения, предложения помощи вызывают у таких женщин раздражение. Для таких женщин характерны следующие высказывания, соответствующие их переживаниям:

- «я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью»;
- «я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах»;
- «я не задумываюсь о предстоящем материнстве».

Женщина с гипогестогнозическим типом ПКГД как бы забывает о беременности, старается игнорировать ее проявления. Двигательной неловкости, связанной с увеличением собственного веса, такие женщины первое время не испытывают, но чем больше сроки, тем более раздражают их соматические проявления беременности. Динора Пайнз считает, что в формировании данного состояния определенную роль играют психологические защитные механизмы вытеснения нежелательных, травмирующих переживаний (Pines D. A., 2001).

При формировании гипогестогнозического типа ПКГД женщины стараются не менять свой образ жизни. Рафаэл-Лефф (2001) называет это *регулирующим* типом, при котором мать не меняет свою жизнь, а пытается встроить в нее сначала беременность и пренейта, а после родов – ребенка, часто ущемляя его интересы (Raphael-Leff J., 2001). Подобные особенности мы наблюдали у женщин разного социального положения. Гипогестогнозический вариант ПКГД встречается у женщин разных возрастных групп, представительницы которых весьма отличаются друг от друга.

Женщины *младшей возрастной группы* (средний возраст составил 21,3 года) характеризуются некоторой инфантильностью. Беременность у большинства из них незапланированная. Многие учатся в институте и не желают брать академический отпуск («чтобы не отстать от группы»), причем продолжают с прежней интенсивностью заниматься, сдавать экзамены. Они, как и до беременности, посещают дискотеки, занимаются спортом, ходят в походы, как правило, не ограничивают себя в употреблении сигарет и спиртного, могут покурить «травку». Беременность воспринимается ими как досадная помеха, которая не должна нарушать жизненные планы. В женскую консультацию они обращаются на 4-5-м месяце беременности, посещают ее нерегулярно, игнорируют рекомендации врачей. Эти женщины живут сегодняшним днем, стараются не задумываться о предстоящих родах, материнских обязанностях. Фон настроения у них при этом часто понижен, возможны его беспричинные колебания. Чем ближе роды, тем более выражено у этих беременных состояние психологического дискомфорта.

Старшая возрастная группа включает зрелых женщин (средний возраст 28,8 лет), также не желающих менять свой образ жизни. Большинство из них имеют высшее образование, успешно работают, некоторые занимают руководящие посты, однако среди них могут быть и домохозяйки. Они планируют беременность, так как знают, что с возрастом риск возникновения осложнений течения беременности и родов повышается. Изредка среди них встречаются и повторнородящие. Однако эти женщины, как и представительницы первой группы, не склонны менять жизненный стереотип. У них «не хватает времени», да и желания встать на учет, посещать врачей, выполнять их назначения. К посещению курсов дородовой подготовки большинство женщин этой группы относятся скептически, что сказывается на течении беременности и родов. После родов у них отмечается повышенный уровень тревоги. Многие просят не оставлять ребенка с ними в одной палате, дать поспать. Относительно чаще, чем у других женщин, у них отмечается гипогалактия, но недостаток молока их не расстраивает (хотя может декларироваться обратное), так как желания кормить ребенка грудью у матери нет. Обязанности по уходу за малышом тяготят таких женщин, и они стараются переложить их на кого-нибудь из родственников (мужа, мать) или няню, чтобы как

можно быстрее вернуться к прежнему образу жизни. Воспитание детей осуществляется ими по типу гипопротекции, что нередко приводит к появлению у детей невротических реакций.

С удивлением нам приходилось довольно часто встречать формирование гипогестогнозического типа ПКГД у многодетных мам, у женщин, забеременевших с помощью экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Брак у женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко юридически не зарегистрирован (так называемый конкубинат). Отношение мужчины к факту беременности часто не интересует женщину, часто он узнает о беременности только при явных ее проявлениях.

Родителям, другим близким такие женщины либо вообще не сообщают о беременности, либо сообщают между прочим, не видя в этом особого события.

Пренейта женщина старается не замечать даже после начала шевелений, не предпринимает попыток установить с ним контакт, представить себе, какой он, как будет выглядеть после рождения.

Во многом поведение женщин с гипогестогнозическим типом ПКГД определяется формирующимся у них *игнорирующим стилем переживания беременности* (Филиппова Г. Г., 1999). Одной из основных особенностей этого стиля Г. Г. Филиппова считает довольно позднее осознание женщиной того, что она беременна. При этом она, как правило, неприятно удивлена, испытывает досаду. Соматическое состояние ее вполне нормально, а порой она чувствует себя даже лучше, чем до беременности.

Динамики эмоционального состояния по триместрам либо не наблюдается, либо отмечается повышение активности и общего эмоционального тонуса. Первое шевеление отмечается очень поздно; последующие шевеления носят характер физиологических переживаний, вызывающих дискомфорт. Активность в третьем триместре повышается, но ее содержание связано не с предстоящими родами и материнскими заботами послеродового периода, а с личными планами и обустройством жизни после разрешения от надоевшего бремени.

Женщины с гипогестогнозическим вариантом ПКГД производят впечатление вполне благополучных и после родов не привлекают внимания врачей и педагогов. Между тем на приемах детского психотерапевта часто ретроспективно выявляется гипогестогнозический вариант ПКГД у матерей гиперактивных детей, склонных к делинквентному поведению, проявляющих интерес к употреблению психоактивных веществ (ПАВ), имеющих нервно-психические расстройства. При этом в перинатальном анамнезе факторов, позволяющих отнести ребенка к группе риска, как правило, не отмечается.

В связи с этим выявление гипогестогнозического варианта ПКГД служит показанием к психотерапии беременной женщины. Психотерапевтические задачи при этом могут быть разные:

- улучшение супружеских отношений;
- коррекция иерархии ценностей;
- снижение уровня тревожности;
- повышение эмпатии и ответственности и др.

Практика показывает, что своевременное решение этих задач положительно влияет на течение беременности и родов, способствует формированию материнских функций и «надежного» типа привязанности ребенка к матери, что способствует его нормальному развитию и хорошему состоянию здоровья.

Эйфорический вариант психологического компонента гестационной доминанты

При эйфорическом (греч. *eu* – хорошо; *phero* – переносить) варианте ПКГД у беременных женщин преобладает повышенный фон настроения. Они видят будущее только в

розовом свете, уверены в благополучном исходе родов. Типичным для них является высказывание одной нашей пациентки: «Ничто не доставляет мне такого счастья, как то, что я беременна!» В отличие от нормального хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных женщин нечувствительными к объективной реальности.

У многих пациенток этой группы отмечались истерические черты личности. Беременность у этих женщин обычно желанная, но за желанием зачатия нередко стоят рентные установки. Убедившись в возникновении беременности, женщина с эйфорическим вариантом ПКГТ резко меняет образ жизни. Ей очень приятно, когда окружающие, в том числе посторонние, замечают, что она беременна, оказывают ей в связи с этим знаки внимания. Беременность делает женщину претенциозной, она постоянно требует к себе особого отношения и недовольна, если не чувствует достаточного, с ее точки зрения, внимания к своей особе. Нередко это создает напряжение в отношениях с близкими людьми, так как она считает, что многие из них недостаточно рады ее беременности, не понимают, что она теперь нуждается в особом отношении.

Некоторые из женщин с эйфорическим типом ПКГД поздно встают на учет в женской консультации, не ходят на курсы дородовой подготовки, считая, что им это не нужно. Другие женщины этой группы, наоборот, очень активно посещают занятия, особенно если они включают элементы арт-терапии, а ведущие занятий поддерживают их эйфорию. При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается. За помощью к врачам они обращаются, но не ко всем советам прислушиваются, не все рекомендации выполняют или делают это формально. Часто собирают мнения нескольких врачей, требуют консультации профессоров.

Трудности, связанные с родами, послеродовым периодом, заботы о малыше также оказываются неожиданно удручающими.

Женщина с эйфорическим компонентом ПКГД считает (и часто справедливо), что беременность делает ее еще привлекательней в глазах мужа, сильнее привязывает его к ней. Она считает, что все от нее зависящее она уже сделала, а от него требует больше внимания, выполнения всех своих прихотей. Нередко беременность используется такими женщинами в качестве средства манипулирования, становится способом воздействия на мужа и на окружающих для изменения отношения к себе, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания аггравируются, трудности преувеличиваются.

Женщина любит фантазировать по поводу того, как выглядит пренейт, каким он будет после родов. При этом ее не покидает уверенность, что ребенок будет необыкновенным, самым красивым, самым умным, самым лучшим. С восторгом ощущает она первые шевеления пренейта, наделяет их особым смыслом, видит в них подтверждение своих фантазий и домыслов о гениальности малыша. Некоторые женщины с эйфорическим вариантом ПКГД считают, что имеют с пренейтом телепатическую связь. Подобные фантазии о своем ребенке нередко приводят к тому, что, увидев своего новорожденного, многие женщины этой группы испытывают разочарование. И в дальнейшем дети часто не оправдывают их надежд.

Отношение к предстоящим родам у таких женщин радужное, беспечное, особенно в первой половине беременности. Столкнувшись с трудностями во время родов, они могут впадать в панику, не способны конструктивно сотрудничать с медицинским персоналом, требуют дать им наркоз.

Во время беременности они высоко оценивают свою материнскую компетенцию, уверены, что станут прекрасными матерями. Они собираются кормить детей, ожидая от этого процесса лишь положительных эмоций.

Став матерями, женщины с эйфорическим вариантом ПКГД обнаруживают расширение сферы родительских чувств к ребенку, воспитывают его чаще всего по типу потворствующей гиперпротекции, боятся его взросления, склонны к вынесению конфликта с супругом в сферу воспитания.

Важной составляющей эйфорического варианта ПКГД является вырабатывающийся у этих женщин *эйфорический стиль переживания беременности* (Филиппова Г. Г., 1999). Он характеризуется тем, что возникший в первом триместре эйфорический фон настроения держится в течение всего периода гестации. Отношение женщины к возможным проблемам беременности и материнства некритично.

Во втором триместре женщина впервые с восторгом ощущает шевеления пренейта, но не может научиться их дифференцировать.

В третьем триместре нередко появление осложнений беременности, к которым женщина оказывается не готова и относится к ним безответственно.

Тревожный вариант психологического компонента гестационной доминанты

Особенности этого варианта ПКГД отражены в его названии. Проблемы тревожности и тревоги, страхов и фобий беременных широко представлены в работах перинатальных психологов. При этом толкование этих терминов не всегда однозначно. В связи с этим целесообразно остановиться на определениях обсуждаемых понятий.

Тревога – эмоция, отражающая переживания ожидания, возникающие в ситуации неопределенности, допускающей неблагоприятное развитие событий. Именно в такой ситуации оказывается беременная женщина. Чем больше неопределенность будущего, тем выше тревога.

Тревожность – это черта личности, проявляющаяся в том, что объективно безопасные обстоятельства воспринимаются как содержащие угрозу (Spielberger C. D., 1966).

Страх можно определить как эмоциональную реакцию на конкретную угрозу, проявляющуюся в виде вегетативных изменений и переживания внутренней напряженности, связанной с угрозой благополучию, здоровью или жизни человека и/или его близких. При этом интенсивность эмоциональной реакции пропорциональна величине вызывающей ее опасности. З. Фрейд считал страх выражением инстинкта самосохранения (Фрейд З., 2002).

Закономерно и нормально некоторое повышение уровня тревоги и возникновение страхов, отмечающиеся у большинства женщин, испытывающих во время беременности дефицит информации о том, как будет протекать беременность, идти развитие пренейта, каким образом и с каким результатом произойдет родоразрешение. Благодаря этим эмоциям женщины становятся более ответственными, осторожными, бережнее относятся к своему здоровью. Таким образом, тревога и страхи способствуют адаптации женщины к ее новому состоянию, а значит, перинатальный психолог не должен стремиться полностью купировать их. Признаками нормальных тревоги и страха являются их адекватность, логичность, снижение при разрешении ситуации.

Патологический характер тревога и страх принимают при несоответствии их интенсивности и особенностей вызвавшему их объекту. При этом тревога перестает играть адаптивную роль и, напротив, приводит к формированию тревожного варианта ПКГД (Добряков И. В., 1999, 2003).

Исследование женщин с тревожным вариантом психологического компонента гестационной доминанты показали, что его формированию способствуют:

- случайность беременности;

• манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть (меркантильный, самоутверждения, компенсаторный и т. п.);

• беременность вне брака;

• супружеская дисгармония;

• дисфункциональная семья;

• неблагоприятные материально-бытовые условия;

• некоторые личностные особенности (низкая самооценка, высокий уровень тревожности и т. п.);

• соматическое нездоровье;

• психическое нездоровье.

У женщин с тревожным типом ПКГД довольно часто отмечается сочетание изначально высокого уровня тревожности (как устойчивой личностной характеристики) и реакций на актуальные проблемы (акушерско-гинекологические осложнения, семейные проблемы, надвигающийся срок родоразрешения и пр.). С момента осознания своей беременности они находятся во власти дурных предчувствий, в постоянном нервном напряжении. Возникающие при этом соматовегетативные реакции влияют на субъективное самочувствие, усугубляют состояние. Их характеризуют такие личностные черты, как ранимость, мнительность, повышенная утомляемость, суетливость, эмоциональная лабильность. Они не уверены в себе, легко расстраиваются и теряют душевное равновесие. Их отличает высокое чувство ответственности.

Они стесняются своей беременности, им очень неприятно, если посторонние люди замечают, что они «в положении». Их тревожит отношение к беременности родителей, мужа, даже если оснований для этого нет. Им часто кажется, что муж стал к ним хуже относиться, возникают опасения остаться одной с ребенком. Женщины боятся осложнений беременности, постоянно беспокоятся о пренейте. Возникшие шевеления часто трактуют как проявление его дискомфорта или нездоровья. Они полагают, что в родах непременно должно случиться что-то нехорошее либо с ними, либо с малышом, либо с обоими.

Без всяких на то оснований многие женщины с тревожным типом ПКГД считают, что у них будут проблемы с кормлением грудью, боятся, что не смогут хорошо справляться с обязанностями матери.

У таких женщин важной составляющей тревожного варианта ПКГД является *тревожный стиль* переживания беременности (Филиппова Г. Г., 1999). При этом на фоне тревожных переживаний в течение всего периода гестации беременность воспринимается ими как соматически болезненное состояние. В первом триместре эмоциональный фон тревожно-депрессивный. Во втором триместре состояние женщины не улучшается, спорадически возникает повышение уровня тревоги. Первое шевеление пренейта ощущается рано, но женщина либо сомневается и с трудом отличает его от других ощущений, либо, напротив, четко помнит дату, час, ситуацию, когда почувствовала шевеление впервые. И в том и в другом случае первому шевелению пренейта сопутствуют негативные эмоции: испуг, нарастание тревоги, неприятные, иногда болезненные ощущения. Дальнейшие шевеления часто интерпретируются как проявления возможных нарушений в развитии пренейта.

В третьем триместре состояние ухудшается, тревога нарастает. Активность в третьем триместре определяется страхами за исход беременности, родов, послеродовой период.

Нередко у женщин с тревожным вариантом ПКГД отмечается описанный Н. В. Боровиковой (1998) симптом противоречивого отношения к беременности. При этом, с одной стороны, женщина испытывает радость оттого, что с рождением ребенка она станет не такой одинокой, а с другой – опасается, что не справится с материнскими обязанностями. Г. Г. Филиппова выделяет особый *амбивалентный стиль переживания беременности* (Филиппова Г. Г., 1999). В целом проявления этого стиля соответствуют тревожному

стилю, для которого вполне могут быть характерны амбивалентные эмоции и амбитендентные поступки, нередко являющиеся причиной повышенной тревожности или усугубляющие тревожный фон. Выделить его в качестве отдельного «стиля» Г. Г. Филиппова решила, по-видимому, наблюдая у некоторых беременных женщин сочетания положительных эмоций, вызванных шевелением пренейта, с неприятными, вплоть до боли, ощущениями при шевелении. Нередко при этом возникали характерные для тревожного стиля поиски причин того, что мешает радоваться беременности, появление страхов нарушения течения беременности, развития пренейта, родов. Данный стиль переживания довольно часто встречается в структуре тревожного варианта ПКГД.

Наиболее характерным признаком этого варианта ПКГД является тревожная гипотимия, выражающаяся в постоянном ожидании чего-то плохого на фоне сниженного настроения. При этом вероятность возникновения неприятностей преувеличивается женщинами.

Переживания, связанные с ожиданием конкретной опасности, называются *эпикритической* тревогой (греч. *epi* – приставка, означающая следование за чем-либо; *pathos* – переживание, страдание). Такая тревога может быть вполне оправданна и понятна (наличие сопутствующих острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т. п.).

При *протопатической тревоге* (греч. *protos* – первичный; *pathos* – переживание, страдание) предмет опасений не определен. Женщина затрудняется сказать, какой неприятности ожидает. Такая тревога побуждает женщину искать источник опасности, что нередко сопровождается ипохондричностью.

Повышенную тревогу нетрудно выявить как врачу женской консультации, перинатальному психологу, так и ведущему курсы дородовой подготовки. Однако, к сожалению, беременные женщины с тревожным типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. Нередко именно неправильные действия медицинских работников способствуют повышению тревоги у женщин, что приводит к ятрогениям. Большинство из них нуждается в помощи психотерапевта.

Как уже отмечалось, сама ситуация беременности вызывает у женщины тревогу, нередко делает ее ранимой, внушаемой. К сожалению, не всегда эти особенности психики беременных принимаются во внимание специалистами, с которыми она вынуждена встречаться в связи с гестацией. Постоянно консультируя беременных в качестве психолога, психотерапевта и психиатра, с сожалением отмечаю в последние годы тенденцию к росту количества нарушений, являющихся ятро-гениями, гестогениями, эгротогениями, дидактогениями, психологогениями (Добряков И. В., 2000).

Ятрогении, эгротогении, дидактогении и психологогении могут провоцировать формирование тревожного варианта ПКГД, усугублять состояние беременной женщины при его наличии, способствовать появлению у женщины различных страхов и фобий.

Примером развития такой тревоги и фобии может служить рассказ женщины, содержащийся в письме, полученном мною по электронной почте. Привожу его текст с небольшими сокращениями, оставляя стиль и орфографию автора, изменив имя автора и опустив некоторые детали.

«Здравствуйте, Игорь Валериевич!

Очень нужна Ваша консультация. Не подскажете, как можно ее получить в ближайшее время. С Вами можно связаться? Если нет, хотела бы Вас попросить посоветовать хорошего врача. Вопрос касается перинатальной психотерапии. Заранее спасибо!

Ситуация у меня следующая. Постараюсь рассказать достаточно кратко.

Началось все с того, что три года назад я родила ребенка через кесарево. С ребенком все хорошо, если не считать мелких последствий типа его возбудимости, но я его очень люблю. Кесарево не планировалось, но ввиду слабости родовой деятельности и того,

что у ребенка упало давление, врач посоветовал это сделать. Я, естественно, в интересах ребенка, даже не думая согласилась, хотя на дородовой подготовке нам говорили, что это плохо, что рожать надо самой. Сказать, что это была проблема для меня – ничего не сказать. Рыдала пару месяцев, думала – если бы не согласилась на операцию, возможно бы все пошло по-другому и смогла бы родить сама и ребенок мой не имел бы никаких проблем. Тут вопрос того, что я не смогла этого сделать самостоятельно (всему виной, скорее всего, мой «комплекс отличницы», это потом мне уже психотерапевт сказал)».

Автор письма посещала курсы дородовой подготовки, на которых получила очень жесткие установки по поводу того, что роды должны быть «естественными». Нет оснований полагать, что не было показаний для кесарева сечения, что «возбудимость» ребенка связана исключительно с этим способом родоразрешения. Тревога, чувство вины, появившиеся у женщины, носят явно ятрогенный и дидактогенный характер. Именно с ее состоянием, скорее всего, связана «возбудимость» ребенка, который индуцирует эмоции матери.

«После родов медленно появились навязчивые мысли по поводу ребенка, т. е. я думала, что ему уже навредила и страшно боялась сделать ему что-то плохое еще, боялась остаться с ним наедине. Когда сыну было два года, а я все также мучалась, и решила, что надо искать выход. Сначала я решила бороться самостоятельно – начала читать всякие книги про позитивный настрой (Свияш, Хэй и т. д.). Пошла на китайскую гимнастику, и стало чуть-чуть полегче. Поняла, что нельзя все воспринимать как личную трагедию. Да, плохо, но есть люди, которым хуже, потом жизнь настолько многообразна, что может произойти все, что угодно. Надо просто воспринимать жизнь и людей как очередной опыт, который только обогащает.

Потом начала искать материалы по моей проблеме и Интернете и наткнулась на координаты психолога, который оказался врачом-психиатром. Встретилась с ним пару раз – он сказал мне самое главное, чего не говорил бывший психотерапевт, **что самое главное – не убегать от собственного страха, иначе он поглотит тебя целиком** (выделено мной. – *И. Д.). Не надо стараться не думать о желтой обезьяне, как говорят китайцы. Кстати, он сказал, что в моей ситуации на данном этапе не видит смысла в медикаментозном лечении. И знаете, это мне помогло, пик моих эмоций и так был уже не таким сильным, а тут пошел на спад».*

Попытки женщины самой решить проблему были малоуспешны. Психотерапевтические сеансы, проводимые врачом, явно были успешны. Важно, что врач выбрал правильную тактику отказа от медикаментозной терапии, сосредоточив все усилия на психотерапевтическом воздействии. Жаль, что она прервала курс лечения.

«И я уже начала думать, что хотела бы ребенка (в обозримом будущем), как вдруг… я узнала, что беременна. И все началось снова. Теперь я уже боюсь навредить обоим, боюсь повторить кесарево… Боюсь, что ко всем неприятностям первого года жизни (болит животик, ребенок не спит и т. д.) прибавятся и эти мысли. Я реально просто от них устала. Я стала искать перинатального психолога и попала на прием по рекомендации к вашей коллеге. Встретились 2 раза – разбирали мое детство, взаимоотношения с родителями и т. д. Разобрали мое кесарево – (принцип Я-взрослый, Я-ребенок). Она сказала, что я не смогла родить, так как в свое время моя бабушка, родив мою маму, отдала ее (маму) на воспитание своим родителям, так как делала карьеру. Своих родителей моя мама «обрела», т. е. стала с ними жить, в 8 лет. Ну и соответственная взаимосвязь… Мое детское Я не захотело вылезать, и я не смогла родить. По поводу навязчивых мыслей, сказала «не обращать на них внимание», скатывать в шар и выбрасывать. Когда я ей об этом рассказала, стало вроде немного лучше, но потом все опять возобновилось и идти к ней не хочется».

К сожалению, сеансы, проведенные коллегой, нельзя назвать удачными. Имея мало информации о том, что на них происходило, все же, учитывая реакцию и состояние паци-

ентки, можно предположить, что активная работа была начата без необходимой достаточной подготовки по установлению доверительного контакта. На первых двух сеансах пациентка получила избыток информации о причинах своих проблем, но пути к их разрешению намечены не были. Это вызвало еще большую тревогу, переживание безысходности.

«Мысли все больше засасывают, теперь они со мной постоянно. Сейчас у меня срок где-то 20 недель. Так не хочется, чтобы ребенок страдал от моих «плохих» мыслей и я очень хочу попытаться родить самой. Наверняка для этого должен быть определенный настрой и методики.

Вкратце ситуация такова, очень надеюсь на Вас или хотя бы на рекомендацию хорошего специалиста. Буду очень благодарна за ответ,

Александра».

Чем серьезнее проблема, тем труднее говорить о ней, понять ее, тем больше требуется времени для того, чтобы заслужить доверие и право обсуждать больные интимные темы. Даже если перинатальному психологу быстро удалось разобраться в происхождении и механизмах расстройства, это не значит, что во все нюансы тут же следует посвятить пациентку. Это может травмировать психику, особо ранимую у беременных женщин. Чтобы избежать этого, можно работать с проблемой, не называя ее.

Появление страхов и фобий у женщин с тревожным вариантом ПКГД вообще встречается довольно часто и свидетельствует о тяжести их состояния.

Важно иметь в виду, что беременные нередко предпочитают никому не говорить о них. Поэтому об их наличии перинатальному психологу и врачу приходится судить по косвенным признакам: особенностям поведения, некоторым высказываниям, вопросам. Чтобы целенаправленно вести беседу, психолог и врач должны быть осведомлены о том, какие страхи и фобии встречаются наиболее часто. При хорошем доверительном контакте с врачом беременная женщина, если она уверена в сохранении тайны, с облегчением отвечает на деликатно заданные соответствующие вопросы и рассказывает о своих проблемах. Для эффективной диагностики и психотерапии страхи необходимо дифференцировать.

Нередко, описывая страхи у беременных, термином «фобия» (греч. *phobia, phobos* – навязчивый страх) пользуются некорректно. Фобией следует называть только страхи, которые приобрели признаки навязчивости (осознание их неадекватности, критическое отношение к ним, попытки бороться с ними).

Как уже отмечалось, страх – это реакция на конкретную актуальную угрозу (а не предвкушение, ожидание беды, как при тревожной гипотимии). Страх проявляется в виде соматовегетативных реакций и переживания внутренней напряженности, связанной с угрозой благополучию, здоровью или жизни субъекта или его близких. Поведение больного, объятого страхом, носит активный или пассивный защитно-оборонительный характер.

Следует различать доминирующие, навязчивые, насильственные, сверхценные, бредовые страхи, содержание которых может быть одинаковым. Все они могут встречаться у беременных женщин, особенно часто при тревожном и депрессивном вариантах ПКГД.

Доминирующий страх может испытывать любой здоровый человек. Этот страх имеет под собой реальное основание. Он возникает в действительно опасной ситуации, на какое-то время становится доминирующей эмоцией, затмевающий все остальные, но быстро проходит с разрешением ситуации. Доминирующий страх может трансформироваться в навязчивый при понимании его неадекватности, нелепости, появлении попыток справиться с ним. Страх, ставший навязчивым, всегда является отклонением от нормы.

Навязчивый страх не имеет под собой реальных оснований. Осознание этого побуждает безуспешно бороться с ним, испытывать чувство неполноценности в связи с его наличием. Именно навязчивый страх, и только он, называется *фобией.*

Насильственный страх характеризуется всеми признаками навязчивого, но возникает всегда остро, неожиданно, под влиянием внезапно появившихся насильственных идей гомицидного содержания, которое противоречит моральным установкам и ужасает.

Сверхценный страх имеет реальное основание, однако преувеличен, соответствует по содержанию сверхценным идеям, играет чрезмерную роль в жизни больного и приводит к нарушениям поведения и дезадаптации. Критического отношения к сверхценному страху, стремления бороться с ним у больного нет.

Бредовый страх нелеп, связан с бредовыми идеями и насыщенным их содержанием, грубо нарушает поведение больного и его адаптацию. Критического отношения к бредовым страхам у больного нет.

Страхи у беременных женщин чаще всего носят доминирующий характер, т. е. определяют фон настроения. Наличие насильственных, сверхценных или бредовых страхов у беременной женщины свидетельствует о наличии у нее тяжелой психической патологии и необходимости наблюдения и лечения у психотерапевта или психиатра. Наличие фобий является показанием к лечению у врача-психотерапевта.

В табл. 1 представлены признаки, позволяющие дифференцировать страхи.

Таблица 1

	Страхи				
	доминирущий	навязчивый	насильственный	сверхценный	бредовый
Реальные основания страха	Есть	Отсутствуют	Отсутствуют	Есть, но переоцениваются	Отсутствуют
Идеи, провоцирующие страх	Доминирующие	Навязчивые	Насильственные	Сверхценные	Бредовые
Критическое отношение к страху	Есть	Есть	Есть	Резко снижено	Отсутствует
Попытки борьбы со страхом	Есть	Есть	Есть	Отсутствуют	Отсутствуют
Неадекватное поведение, связанное со страхом	Отсутствует	Есть	Выражено	Выражено	Выражено
Дезадаптация, связанная с переживанием страха	Отсутствует	Есть	Значительна	Значительна	Значительна

Сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами, называется *фобической гипотимией.*

У беременных женщин встречаются страхи, содержание которых может быть у любого человека, и специфические страхи, содержание которых непосредственно связано с гестацией.

По содержанию наиболее часто встречающиеся страхи и фобии беременных женщин можно разделить на три группы, представленные в табл. 2:

• особых страшных или стыдных (для беременной) ситуаций;
• вредного воздействия;
• дисфункций собственного организма.

Таблица 2

Фобии, наиболее часто встречающиеся во время беременности		
особых страшных или стыдных ситуаций	**вредного воздействия**	**дисфункций собственного организма**
Клаустрофобия	Бактериофобия	Танатофобии
Монофобия (аутофобия)	Мизофобия	Дисморфофобия
Изолофобия	Копрофобия	Нозофобия
Апопатофобия	Тениофобия	Блаптофобия
Скотофобия (никтофобия)	Зоофобия	Рипофобия
Агорафобия	Айлурофобия (галеофобия, гатофобия)	Коитофобия
Топофобия	Термофобия	Кипридофобия (венерофобия)
Демофобия (охлофобия)	Хеймофобия (психрофобия)	Сифилофобия (люофобия)
Ценотофобия (кайнотофобия)	Аэромизофобия	Спидофобия
Скопофобия	Амихофобия	Партурифобия (токофобия)
Гомилофобия	Оксиофобия (айхмофобия)	
Скоптофобия	Белонофобия	
Спектрофобия (эйзоптрофобия)	Фармакофобия	
Петтофобия	Демонофобия (сатанофобия)	
Харпаксофобия	Эйхофобия	
Маниакофобия		

В табл. 2 приведен список фобий, которые мы встречали у своих беременных пациенток, но, разумеется, он не является исчерпывающим. Патоморфоз фобий, их содержание у конкретной женщины зависят от многих факторов.

И страхи, и фобии у беременных женщин могут развиваться на основе переживаний, испытанных ими еще в перинатальном периоде. В процессе собственных родов девочка испытывает сильную тревогу, страх смерти (Гроф С., 1993; Ранк О., 2004; Хорни К., 1993 и др.). Это связано как с сильными болевыми ощущениями, так и с попаданием в совершенно новую, незнакомую среду, с необходимостью к ней адаптироваться, с полной зависимостью от окружающих, прежде всего от матери. Если у девочки заботливая мать и потребности ребенка удовлетворяются, тревога уходит, если нет, то на ее фоне появляются разнообразные страхи, которые вновь могут возникать у взрослой женщины в ситуациях, вызывающих повышение уровня тревоги. При этом во время беременности будет формироваться тревожный вариант ПКГД.

К страхам, детерминированным перинатальными проблемами самой женщины, относят страх темноты и *скотофобию* (греч. *skotos* – темнота) или никтофобию (греч. *nyctos* – ночь), страх замкнутых пространств и *клаустрофобию* (лат. *claustrum* – закрытое помещение), страх открытых пространств и *агорафобию* (греч. *agora* – рыночная площадь). Первые два связаны с внутриутробным пребыванием и испытанным там дискомфортом, а страх открытых пространств и агорафобия – с переживаниями обрушившегося на младенца при рождении потока резких, неизвестных ощущений света, звуков, холода и т. п.

Естественные для беременных женщин повышение уровня тревоги, более внимательное отношение к своему здоровью, ограничение контактов могут принять болезненные формы в виде страха новых, незнакомых ситуаций и *ценотофобии* или *кайнотофобии* (греч. *kainos* – новый). Может возникнуть страх большого скопления людей и *демофобия* (греч. *demos* – народ) или охлофобия (греч. *ochlos* – толпа), а также страх общения и *гомилофобия* (греч. *homilia* – общение).

У тревожных женщин после просмотра телепередач о террористических актах, обрушившихся домах может возникнуть *топофобия* (греч. *topos* – место). Свой страх остаться

одной в помещении они объясняют тем, что в случае опасности (пожара, взрыва, приступа болезни и т. п.) некому будет оказать им помощь. Сообщение о криминальной ситуации может спровоцировать у беременной женщины возникновение навязчивого страха бандитов и *харпаксофобию* (греч. *harpax* – разбойник) или сексуальных маньяков-убийц – *маниакофобию* (греч. *mania* – безумие).

Изменения внешности, связанные с беременностью, сопровождаются у некоторых женщин соответствующим страхом и *дисморфофобией* (греч. *dys* – приставка, означающая отклонение от нормы; *morphe* – форма). При этом может появиться страх показаться смешной и *скоптофобия* (греч. *scopto* – шутить, насмехаться). Страх привлечь к себе внимание может перейти в *скопофобию* (греч. *skopeo* – рассматривать). К этой же группе симптомов можно отнести описанный В. М. Бехтеревым навязчивый страх пристального чужого взгляда (1900). Некоторым становится неприятно смотреться в зеркало, они стараются избегать этого. Если возникают навязчивые мысли, что рассматривание себя в зеркале может принести вред, развиваются: *спектрофобия* (лат. *spectrum* – видение, образ), *эйзоптрофобия* (греч. *eisoptron* – зеркало). Это может быть спровоцировано тем, что у беременных женщин повышается мнительность, снижается способность критически воспринимать многочисленные посвященные мистике печатные издания и телевизионные передачи. Многие беременные женщины становятся суеверными. Некоторые женщины начинают испытывать страх добрых пожеланий, которые якобы могут накликать беду, а затем и *эйхо-фобию* (греч. *euchos* – пожелание). Нередко встречается страх колдовства, «нечистой силы», «дурного глаза», трансформирующиеся в *демонофобию* (греч. *daimon* – злой дух) или *сатанофобию* (греч. *satanos* – сатана).

Особое внимание беременные женщины обращают на состояние своего здоровья и состояние здоровья пренейта. Очень часто встречаются в разной степени выраженности страх навредить ему и *блаптофобия* (греч. *blapto* – боюсь повредить).

Некоторые физиологические изменения, связанные с беременностью, вызывают дискомфорт, могут провоцировать у женщин, например, страх повышенного потоотделения, связанного с этим неприятного запаха и *гидрозофобию* (греч. *hidros* – пот); страх появления позыва к мочеиспусканию в неподходящей обстановке и *урофобию* (греч. *uron* – моча); *петтофобию* (греч. *petto* – переваривать) – навязчивый страх недержания кишечных газов в присутствии других людей.

Нередко страхи и фобии беременной носят ятрогенный характер. Если медицинские работники, с которыми она общается, чрезмерно фиксируют ее внимание на вредных последствиях загрязнения, то это может спровоцировать возникновение соответствующих страхов и фобий: страх загрязнения и *мизофобию* (греч. *mysos* – загрязнение); более конкретный страх загрязнения калом и *копрофобия* (греч. *koppros* – кал), страхи заражения инфекционным заболеванием или получения глистной инвазии, которые, став навязчивыми, трансформируются в *бактериофобию* (греч. *bacterion* – палочка) и *тениофобию* (греч. *taenia* – ленточный червь). С этим же может быть связан страх посещения уборных и *апопатофобия* (греч. *apopatos* – отхожее место).

Другим объяснением появления апопатофобии может быть страх женщины повредить пренейта, тужась во время дефекации. Навязчивый страх дефекации как процесса называется *рипофобией* (греч. *rhypos* – грязь). С опасениями навредить своему ребенку и *блаптофобией* (греч. *blapto* – боюсь повредить) может быть связан страх половых отношений и *коитофобия* (лат. *coitus* – половой акт). При этом дополнительным страхом может быть заражение венерическими заболеваниями вообще или конкретно (сифилисом, гонореей, ВИЧ-инфекцией), которые тоже могут стать навязчивыми: *кипридофобия* (греч. *Kypris* – Киприда, богиня любви) или *венерофобия* (лат. *Venus* – Венера, богиня любви); *сифилофобия* или *люофобия* (лат. *lues* – зараза); спидофобия.

Опасения инфицированности через рану могут привести к страху нарушения целостности кожных покровов и *амихофобии* (греч. *amyche* – царапать). Нередко это выражается более конкретными страхами острых предметов и *айхмофобией* (греч. *aichme* – стрела) или *оксифобией* (греч. *oxys* – острый), а также страхом иголок и *белонофобией* (греч. *belone* – игла). У одной из наблюдаемых нами беременных женщин подобный страх развился после того, как она прочитала про отца Владимира Маяковского, погибшего от заражения крови в результате укола швейной иглой.

Животные, которые могут оцарапать, укусить, также нередко становятся источником страха и *зоофобии* (греч. *zoon* – животное) беременных женщин. Почерпнутые знания о том, что они могут быть причиной аллергии, усугубляют эти страхи. Особенно часто встречается страх кошек и *айлурофобия* (греч. *ailuros* – кошка) или *галеофобия* (лат. *gale* – кошка) или *гатофобия* (исп. *gata* – кот).

Постоянные призывы «беречь себя» нередко приводят к страху смерти и *танатофобии* (греч. *thanatos* – смерть). Страх смерти вообще лежит в основе многих страхов, но далеко не всегда осознается. Чрезмерная озабоченность своим здоровьем выражается также в страхах, нередко переходящих в фобии: *термофобию* (греч. *thermos* – теплый) – навязчивый страх перегреться; *психрофобию* (греч. *psychros* – холодный) или *хеймофобию* (греч. *cheima* – зима) – навязчивый страх холода, простуды; *аэромизофобию* (греч. *aeros* – воздух, *mysos* – грязь) – навязчивый страх сквозняков; *нозофобию* (греч. *nosos* – болезнь) – навязчивый страх заболеть.

При осложненном течении беременности впечатлительные женщины, напуганные врачами и соседками по палате акушерско-гинекологической клиники, могут испытывать страх, если вынуждены остаться одни. Иногда такой страх приобретает признаки фобии. Она имеет несколько названий: *изолофобия* (фр. *isolation* – одиночество), *монофобия* (греч. *monos* – один) или *аутофобия* (греч. *autos* – сам).

При проведении дородовой подготовки без должного учета особенностей эмоционального состояния, повышенной внушаемости беременных женщин у них возможно возникновение страхов и фобий дидактогенного и психологогенного характера. Так, неправильные акценты на занятиях по дородовой подготовке могут инициировать у беременных женщин страх к любым (часто необходимым!) медицинским вмешательствам. Страх к применению лекарств нередко становится навязчивым и называется *фармакофобией* (греч. *pharmacon* – лекарство). Нередко именно после занятий по дородовой подготовке, посвященных «биомеханизму родов», у беременных женщин появляется страх предстоящих родов, *партурифобия* (лат. *partus* – роды) или *токофобия* (греч. *tocos* – роды).

Повышенный уровень тревожности, страхи и фобии часто являются невротическими симптомами, однако легко возникают и на фоне органического поражения центральной нервной системы, могут встречаться и при эндогенных психических расстройствах.

Для обусловленных резидуально-органическими изменениями головного мозга тревожности, страхов и фобий характерны отсутствие непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией, грубость и монотонность проявлений, меньшая эффективность психотерапии, чем при лечении схожих невротических расстройств.

И невротические, и резидуально-органические изменения, соматические заболевания женщины, а также их сочетания являются тем фоном, который способствует формированию тревожного варианта ПКГД.

Все эти нарушения необходимо выявлять и учитывать при проведении дородовой подготовки. Недостаточное внимание к этим особенностям приводит к одному из самых часто встречающихся недостатков дородовой подготовки: недифференцированному подходу. При этом на занятия приглашают, как правило, всех желающих беременных без разбора, не учитывая их уровень образования, исходный уровень знаний о физиологии беременности, пред-

стоящих родов, семейное положение, а также особенности личности женщины, наличие или отсутствие у нее соматической патологии, преневротических характерологических радикалов или даже нервно-психических расстройств.

Опыт дородовой подготовки беременных показывает, что встречаются женщины, участие которых в групповых занятиях может привести к нежелательным последствиям. Некоторые беременные нуждаются в сугубо индивидуальной работе. Наличие в группе таких женщин отрицательно сказывается на общей атмосфере занятий. Предварительный отбор пациенток с тревожным вариантом ПКГД, как правило, нуждающихся в индивидуальной работе, подготавливающей их к групповым занятиям или даже требующих психотерапевтического вмешательства и дальнейших занятий по индивидуальным специальным программам, может существенно улучшить результаты работы.

Знания о разнообразных страхах и фобиях, встречающихся у беременных женщин, позволят медицинским работникам, психологам помнить о возможности ятрогений, эгротогений, дидактогений и психологогений, целенаправленно заниматься профилактикой страхов и фобий, своевременно их диагностировать, адекватно и эффективно оказывать психотерапевтическую помощь.

Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты

Определение варианта психологического компонента гестационной доминанты, отражающего особенности основных значимых отношений беременной женщины, является очень важной частью работы любого специалиста, общающегося с ней. Это структурирует работу, помогает лучше и всесторонне понять женщину и ее проблемы, сформировать с ней доверительные отношения. Это ориентирует на постановку конкретных целей и задач психологической помощи. В связи с этим определение варианта и индивидуальных особенностей ПКГД женщины, доведение основных результатов исследования (не нарушая правил конфиденциальности) до сведения всех специалистов, работающих с беременной женщиной, является одной из функциональных обязанностей перинатального психолога. Также он должен дать специалистам определенные рекомендации, следование которым будет способствовать установлению оптимального контакта с пациенткой, предупреждению ятрогений.

Основным методом диагностики варианта ПКГД был и остается *клинико-психологический,* включающий психологическую беседу (интервью) и наблюдение.

Концептуальной основой разработки теории ПКГД послужили идеи В. Н. Мясищева, рассматривающего личность как динамическую систему отношений (Мясищев В. Н., 1960). Поэтому во время беседы с беременной для определения особенностей формирующегося у нее варианта ПКГД перинатальный психолог в форме непринужденного диалога должен коснуться темы ее отношения к зачатию и беременности, того, какие чувства она испытывала, поняв, что беременна, как они менялись со временем. Далее необходимо выяснить отношение женщины к себе беременной, к тем переменам, которые происходят с ее телом, побудить ее поделиться своими фантазиями о пренейте, рассказать, как меняется отношение к нему. Наконец, перинатальный психолог должен получить сведения о том, как, с точки зрения женщины, беременность изменила и продолжает менять отношение к ней мужа, близких родственников, друзей, сослуживцев, посторонних людей и какие эмоции эти перемены у нее вызывают.

Если психолог придерживается этой простой схемы, он, получив ответы на заданные вопросы, приобретает динамический материал, позволяющий в общих чертах представить себе в довольно полном объеме изменения, которые произошли в личностной системе отношений женщины в связи с беременностью. Это дает возможность сделать заключение о фор-

мирующемся варианте ПКГД, не упустив ни одной из значимых тем, которые без наводящего вопроса женщина сама могла бы и не вынести на обсуждение. Пациентка может просто не придавать должного значения каким-то отношениям, имеющим для психолога большую диагностическую ценность, а может по разным причинам что-то пытаться утаить. Попытка уйти от ответа на вопрос определенной тематики сама по себе является информативной, но чтобы получить эту информацию, вопрос надо задать.

Как уже указывалось, беседу, структурированную и имеющую вполне определенный план, нужно проводить непринужденно. Ни в коем случае она не должна напоминать сбор анкетных данных или допрос. Во время беседы психолог должен обращать внимание на длительность паузы после заданного вопроса и, наоборот, на моментальные ответы, на интонации, просодику, громкость и темп речи, отмечать сопровождающую ответы пантомимику, вегетативные реакции, соотносить полученные данные наблюдения с содержанием ответа. Большое значение следует придавать оценке внешнего вида женщины, того, как она следит за собой, во что одета.

Вспомогательной методикой, позволяющей получить приблизительное представление о варианте ПКГД, является разработанный нами скрининг-тест отношений беременных (ТОБ-б). При разработке теста усилия были направлены на то, чтобы он отвечал требованиям, предъявляемым к тестам, применяемым в работе с беременными женщинами: простота процедуры, краткосрочность проведения, информативность и пр.

Тест создавался и апробировался в течение ряда лет. В настоящее время он получил довольно широкое распространение. Его применяют как в учреждениях практического здравоохранения, так и при проведении научно-исследовательских работ. У нас есть достоверные сведения об успешном использовании его специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и Челябинска, а также многих других городов Российской Федерации. Тест применяется в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литва и др. Он переведен на английский, армянский, киргизский, латышский, французский языки. Тест опубликован многими изданиями и рекомендован к применению (Билецкая М. П., Маликова Т. В., 2008; Добрянская Р. Г., Евтушенко И. Д., Залевский Г. В., 2005; Иванова А. А., 2008; Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф., 2006 и др.). ТОБ активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами (Жданова Т. Н., 2004; Спицина Н. К., 2008; Урусова О. А., 2004 и др.), так и врачами (Макарова А. А., 2006; Прохорова О. В., 2006 и др.).

Тест содержит три блока утверждений, отражающих:

А – отношение женщины к себе беременной;

Б – отношения женщины в формирующейся системе «мать – дитя»; В – отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть три раздела, содержащие утверждения, отражающие различные аспекты отношений беременных женщин. Пять утверждений соответствуют пяти вариантам ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать одно из них, наиболее соответствующее ее отношениям и переживаниям.

А – отношение женщины к себе беременной

I. Отношение к беременности.

II. Отношение к образу жизни во время беременности.

III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

Б – отношения женщины в формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать – дитя»

I. Отношение к себе как к матери.

II. Отношение к своему ребенку.

III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

В – отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих

I. Отношение ко мне беременной мужа.

II. Отношение ко мне беременной родственников и близких.

III. Отношение ко мне беременной посторонних людей.

Тест отношений беременной (И. В. Добряков)

Ваши данные:

Фамилия, имя, отчество_______________________________________

____

Возраст ___________________Телефон _____________________________

№ беременности ______________ Срок беременности ___________________

Инструкция

Просим вас отметить номер одного из пяти утверждений, представленных в блоках, которое наиболее полно отражает ваше состояние.

А

I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна
	5	Я очень расстроена тем, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно, и не испытываю особого страха перед ними
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я не сомневаюсь в плохом исходе
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике

Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справляться с обязанностями матери
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью

В

I	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»

После выполнения задания женщине предлагается перенести результаты в следующую таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру (табл. 3).

Таблица 3

		О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	4	5
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего		7	0	1	1	0

В нижней строке таблицы «всего» выставляется результат подсчета количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр!) в каждом столбце. Столбец «О» отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип ПКГД, «Г» – гипогнозический, «Э» – эйфорический, «Т» – тревожный, «Д» – депрессивный.

Если в результате тестирования набрано шесть и более баллов, соответствующих одному из вариантов ПКГД, он может считаться определяющим.

Например, если результат тестирования «О» ПКГД – 7 баллов, «Г» ПКГД – 0 баллов; «Э» ПКГД – 1 балл; «Т» ПКГД – 1 балл; «Д» ПКГД – 0 баллов, то в таблице это будет представлено следующим образом (табл. 4).

Таблица 4

		О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	4	5
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего		7	0	1	1	0

Такой вариант ПКГД определяется как преимущественно оптимальный.

Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде диаграммы. По вертикали отмечаются набранные баллы, а по горизонтали – типы ПКГД (рис. 7).

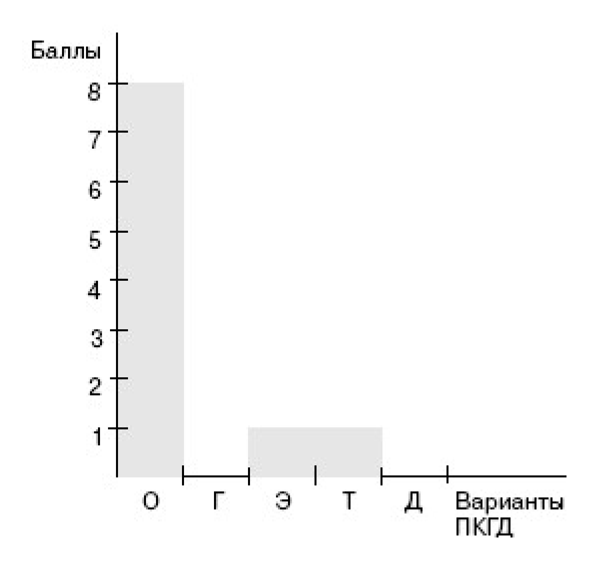


Рис. 7

Диаграмма наглядно демонстрирует при преимущественно оптимальном варианте ПКГД наличие двух проблемных подсистем у женщины, к одной из которых отношение эйфорическое, к другой – тревожное. Таким образом, тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции. Для того чтобы определить, какие отношения нарушены, нужно обратиться к таблице (табл. 5). Эта таблица является ключом к тесту, и давать ее обследуемым не рекомендуется.

Таблица 5

		О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I к беременности	4	2	1	3	5
	II к образу жизни	2	3	4	1	5
	III к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношения в системе «мать — дитя»	I к себе — матери	5	3	4	1	2
	II к ребенку	1	4	2	3	5
	III к грудному вскармливанию	3	1	2	4	5
В. Отношение к отношению окружающих	I к мужу	3	2	1	5	4
	II к близким	1	4	2	5	3
	III к посторонним	5	4	3	2	1
Всего		7	0	1	1	0

Из табл. 5 видно, что в представленном примере у женщины выявляется эйфорическое отношение к своей беременности (выбор утверждения: «Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна») и повышенная тревога по поводу предстоящих родов (выбор утверждения: «Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь»).

Тест называется ТОБ-б, т. е. тест отношения беременных для беременных. Существуют его модификации: ТОБ-р для ретроспективного определения варианта ПКГД у уже родивших женщин и ТОБ-f для исследования представлений женщин, только планирующих беременность, о том, как изменятся их значимые отношения при гестации.

Получаемая при поведении ТОБ-б информация сразу ориентирует перинатального психолога, на что нужно обратить особое внимание, с какими проблемами работать. Зная это, легче строить беседу, устанавливать доверительные отношения. Проверять и уточнять полученные сведения следует в процессе клинической беседы и наблюдения, выбирать адекватную форму дородовой подготовки и проводить ее. Это улучшает состояние беременной

женщины, ситуацию в семье, способствует нормальному функционированию системы «мать – пренейт», течению беременности и родов, является профилактикой гипогалактии, послеродовых невротических и психических расстройств. Изменения результатов тестирования, проведенного до начала семейной психотерапии и по ее завершении, можно использовать для оценки эффективности данной работы.

Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женских консультаций, применения акушерами-гинекологами, терапевтами. Выявив выраженные нарушения у беременных женщин, они могут рекомендовать им обратиться за помощью к психологу или к психотерапевту. Это будет способствовать ранней диагностике нервно-психических расстройств у беременных, своевременному получению ими квалифицированной помощи. Рекомендуется проводить тестирование во втором и третьем триместрах беременности.

Также можно применять ТОБ-б с целью определения эффективности курсов дородовой подготовки до начала проведения курса и после его завершения. Не рекомендуется проводить тестирование чаще одного раза в месяц.

Отто Ранк считал, что до родов человек испытывает состояние первичного внутриутробного удовольствия, которое является первичной тенденцией либидо, неразрывно связанной с первичной тревожностью. После рождения, по мнению Ранка, жизнь «человек проводит в попытках вновь обрести этот утраченный рай на окружных путях либидо, поскольку само первичное состояние уже недостижимо» (Ранк О., 2004, с. 193). Станислав Гроф, развивая идеи Ранка, счел полезным постулировать существование гипотетических динамических матриц, управляющих процессами, относящимися к перинатальному уровню бессознательного, и назвал их *базовыми перинатальными матрицами* (БПМ). Он разделял мнение О. Ранка, что существование пренейта безмятежно, так как условия пребывания в матке почти идеальны, также сравнивал его с раем. *Первая базовая перинатальная матрица* (БМП-1) по Грофу – есть опыт исходного симбиотического единства плода с материнским организмом во время внутриматочного существования, спокойствие, удовлетворенность, раскрепощенность (Гроф С., 1985).

Глава 6
Психология родов

Роды – это естественный физиологический рефлекторный процесс, начинающийся с момента регулярной родовой деятельности (появлением регулярных схваток) и заканчивающийся рождением ребенка.

Роды требуют от женщины, называющейся с их началом и до их окончания «роженица», максимального физического и психического напряжения. Д. В. Винникотт считает роды событием, влекущим перемены в жизни матери и вообще в жизни родителей даже большие, нежели в жизни ребенка. К моменту появления ребенка на свет здоровая женщина, если о ней достаточно заботились, обладает знаниями, которые не почерпнуть из книг или курсов дородовой подготовки, прекрасно знает нужды ребенка и готова действовать (Винникотт Д. В., 1998), т. е. у нее формируется родовая доминанта. Исследования Г. Б. Мальгиной показали, что у женщин, переживающих стрессовые ситуации в конце беременности, формирование доминанты родов нарушается. У них в 2,5–2,7 раза чаще роды наступают позднее положенного срока, в 7,0–7,6 раз чаще обнаруживается вторичная слабость и/или дискоординация родовой деятельности, в 2,7–2,9 раза чаще возникает патологическая потеря крови. Риск внутриутробной гипоксии плода увеличивается в 3,8–4,4 раза (Мальгина Г. Б., 2002). Учитывая все это, вряд ли можно считать «спекуляциями» представления о том, что эмоции и телесные ощущения, испытываемые плодом в процессе родов, остаются в его подсознании и в дальнейшем влияют на развитие, нервно-психические особенности.

Ребенок получает в процессе родов сильнейшую физическую и психическую травму. Отто Ранк придавал ей большое значение и называл «родовой травмой» (не в акушерском, а в психическом смысле) и «первичным шоком». Роды по О. Ранку приводят к переживанию утраты первичного объекта любви (матери). Испытав это, человек на протяжении всего детства, а иногда и во взрослом состоянии пытается вновь обрести его (Ранк О., 2004).

Продолжительность физиологических родов может быть различна и составляет у первородящих примерно 12–16 часов, а у рожающих повторно – 8-10 часов. В клиническом течении родов выделяют три периода: первый период – раскрытие шейки матки; второй период – изгнание плода; третий период – последовый.

За несколько дней до начала родов в крови матери возрастает уровень адреналина и норадреналина, подготавливающих диаду «мать – пренейт» к стрессовым воздействиям.

Начало родов соответствует второй *базовой перинатальной матрице* (БПМ-2) по С. Грофу. Ее эмпирический паттерн относится к самому началу биологического рождения, к его первой клинической стадии. При полном развертывании этой стадии плод периодически сжимается маточными спазмами, но шейка матки еще закрыта, выхода нет. С. Гроф считает, что ребенок испытывает при этом неодолимое чувство возрастающей тревоги, связанной с надвигающейся смертельной опасностью, усугубляющейся тем, что определить источник опасности невозможно. Символическое выражение БПМ-2 – бесконечное и безнадежное заточение в помещении без выхода, порождающее чувства беспомощности, неполноценности, отчаяния. Находясь в постнатальном периоде под влиянием этой матрицы, индивид избирательно слеп ко всему положительному в мире, в своем существовании (Гроф С., 1993), склонен к депрессиям.

Третья базовая перинатальная матрица (БПМ-3) отражает вторую клиническую стадию биологических родов. На этой стадии сокращения матки продолжаются, но в отличие от предыдущей стадии шейка матки уже открыта. Это позволяет плоду постоянно продвигаться по родовому каналу, что сопровождается сильнейшими механическими сдавливани-

ями, удушьем, часто непосредственным контактом с такими биологическими материалами, как кровь, моча, слизь, кал. Однако ребенок уже не обречен на пассивность, он отчаянно борется за выживание. Ситуация при этом не кажется безнадежной, а сам ее участник не беспомощен. Он принимает активное участие в происходящем, чувствует, что страдание имеет определенную направленность и цель. В постнатальном периоде фиксация на переживаниях этой матрицы может проявляться в повышенной активности, в склонности к авантюрам, страху и агрессии, к извращенной сексуальности.

Создание рожающей женщине максимально комфортных условий способствует физиологическому родоразрешению, что снижает количество и интенсивность негативных переживаний как у матери, так и у ребенка. Таким образом, оптимальную организацию процесса родов, грамотное родовспоможение, включающее психологическую помощь роженице, можно считать профилактическими мероприятиями, направленными на предотвращение соматических и нервно-психических расстройств у матери и ребенка.

Психологически благоприятная обстановка на протяжении всего периода родов возникает при полном доверии и понимании между женщиной и медперсоналом. Роженица нуждается в доброжелательном обращении на протяжении всего родового акта и после родов. Важно понимать, что многие женщины во время родов испытывают тревогу, связанную прежде всего с дефицитом информации о происходящем с ней сейчас и о том, что предстоит. Улучшить эмоциональное состояние роженицы может своевременное и деликатное информирование ее о предстоящих манипуляциях и связанных с ними возможных ощущениях. В случае осложнений женщине необходимо сказать о них. При этом спокойный тон, четкие инструкции должны внушать ей уверенность в благоприятном исходе родов.

Важно также стремиться создать женщине максимальный физический комфорт. Целесообразно использование индивидуальных родовых залов, позволяющее предотвратить обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера, индуцирование отрицательных эмоций.

Естественные роды

Разнообразие рекомендаций по родовспоможению, рост количества оперативных вмешательств, различные представления о показаниях к ним, большое количество альтернативных предложений по ведению родов, а также рост нервно-психических расстройств детей младшего возраста, связанных с осложнениями в родах, наблюдавшиеся в конце прошлого века, требовали серьезных научных разработок в этой области. Широкомасштабные исследования этих проблем по инициативе и под руководством ВОЗ были предприняты во многих странах в конце прошлого века. В апреле 1985 г. на конгрессе в Бразилии были обсуждены их результаты, проведены дебаты и приняты рекомендации, не потерявшие значения и по сей день. В них, в частности, говорилось, что роды – это естественный нормальный процесс, но даже при нормально протекавшей физиологической беременности у вполне здоровой женщины во время родов могут возникнуть осложнения, нестандартные ситуации, требующие медицинского вмешательства. Огульное отрицание достижений классического акушерства не может стать основой позитивных изменений. «Сочетание достижений современной науки с проверенными временем классическими постулатами позволит избежать волюнтаризма в решении многих акушерских перинатальных проблем» (Айламазян Э. К., 2008, с. 13).

В то же время не должно быть необоснованных медицинских вмешательств. По мнению академика Э. К. Айламазяна, только веские причины дают право врачу вмешиваться в процессы течения беременности и родов (назначать дату родов, управлять процессом, применять седативные препараты, осуществлять анестезиологическое пособие, кесарево сечение и т. д.). За последние 10 лет в нашей стране частота операций кесарева сечения, увеличиваясь примерно на 1 % ежегодно, возросла с 10,1 % в 1995 г. до 18,4 % в 2006 г. В качестве одной из основных причин этого Э. К. Айламазян называет тревожную тенденцию к расширению относительных показаний к этой операции и связывает ее с негативным процессом коммерциализации медицинских услуг (Айламазян Э. К., 2008).

М. Оден считает, что в XXI в. на смену столетия «индустриализации в родовспоможении» распространяются методы естественных родов (Оден М., 2006). В нашей стране за годы перестройки появилось много альтернативных форм ведения родов, и этот процесс продолжается до сих пор. Среди них немало таких, которые, рекламируя «естественные роды», любое медицинское вмешательство объявляют вредным. Настроенные таким образом беременные женщины и их мужья начинают возражать против даже необходимых вмешательств, что нередко угрожает здоровью матери и ребенка. Это никак нельзя считать естественным. При принятии решения о проведении домашних родов важно продумать возможность получения при необходимости неотложной медицинской помощи.

В настоящее время некоторые специалисты продолжают пропаганду родов в воду, пик моды на которые пришелся на конец прошлого века. Э. К. Айламазян справедливо указывает повышенный интерес к родам в воду скандально-сенсационным и отмечает, что научно обоснованных и доказанных данных о пользе родов в воду нет. Он отмечает, что женщины, «настойчиво и осознанно» стремящиеся к родам в воду, имеют личностные особенности (Айламазян Э. К., 1999). Это соответствует и нашим наблюдениям. У подавляющего большинства женщин, стремящихся рожать в воду, мы обнаруживали эйфорический вариант ПКГД.

Мишель Оден, которого считают основоположником родов в воду, рекомендует погружение роженицы в бассейн в периоде раскрытия как альтернативу медикаментозного вмешательства с целью активизации раскрытия шейки матки.

В то же время он настоятельно рекомендует «не планировать рождение ребенка в воду», так как, делая это, женщина «рискует стать заложницей своего решения и остаться в воде, даже когда сокращения ослабевают» (Оден М., 2006, с. 128).

Даже сторонник родов в воду вряд ли рискнет назвать их естественными, если задумается о качестве воды в наших водоемах, водопроводных трубах. Нельзя не согласиться с выводом Э. К. Айламазяна, согласно которому если женщина настаивает на родах в воду, то они допустимы, но лишь в хорошо оборудованном и обеспеченном подготовленными кадрами стационаре при условии соматического здоровья женщины, физиологического течения беременности и стандартной акушерской ситуации (Айламазян Э. К., 1999).

Что касается «домашних родов», то мы полностью разделяем мнение опытнейшего акушера-гинеколога профессора Г. И. Брехмана. Во время выступления на одной из конференций он сказал, что нужно не рекламировать роды в домашних условиях, а стремиться к тому, чтобы в родильных домах условия были максимально приближены к домашним и женщины чувствовали себя как дома. Женщина, поступающая в родильный дом, должна знать, что ее организм – удивительное создание природы. Условия, в которых протекают роды, конечно, важны, но вопреки даже неблагоприятным факторам организм сделает все сам. Окружающая декорация – второстепенна. Нужно не расстраиваться по пустякам, больше доверять себе, быть естественной, и все пройдет благополучно. Переживание интенсивности болевых ощущений роженицей во многом связано с ее отношением к родам.

Э. К. Айламазян справедливо считает, что настраиваются на спонтанные роды и рожают естественным путем женщины, получившие грамотную подготовку к родам, в том числе психопрофилактическую (Айламазян Э. К., 2008, с. 12). Обращаясь к женщинам, Алиса Макмахон писала о том, что цель беременной женщины заключается не в том, чтобы рожать безболезненно или, наоборот, без применения лекарств, а в том, чтобы роды прошли как можно более благополучно и безопасно, чтобы родился здоровый ребенок (Макмахон А. Т., 1994).

В родах женщина не должна чувствовать себя одинокой. Поэтому естественными являются партнерские роды.

Партнерские роды

В нашей стране только в конце 1990-х гг. стали появляться сторонники партнерских родов, и их становится все больше. Это соответствует рекомендации ВОЗ, согласно которой во время родов не только вполне допустимо, но и желательно присутствие кого-нибудь из близких. Однако четкой технологии организации процесса партнерских родов до сих не разработано (Мальгина Г. Б., 2002; Подобед Н. Д., 2001), мнений о том, что они из себя представляют, очень много. В результате в настоящее время можно наблюдать резко контрастную картину последствий партнерских родов: семейная ситуация пар, участвовавших в них, варьируется от резкого ухудшения отношений до прямо противоположного эффекта гармонизации взаимоотношений. Высказываются как позитивные, так и негативные мнения о целесообразности и последствиях участия мужчины в процессе рождения его ребенка. Наряду с положительными субъективными отзывами мужчин – участников родов есть немало таких, которые носят ярко выраженную негативную окраску. Описываются страх, ощущение собственного бессилия и ненужности в данной ситуации. Следствием присутствия на родах, по мнению некоторых мужчин, является дальнейшее нарушение семейно-брачных, интимных отношений, депрессия, противоречивое отношение к ребенку.

Поведение мужчины, участвующего в партнерских родах, может быть разным. Во многом оно зависит от качества дородовой подготовки. Г. Б. Мальгина с соавторами выделяют три варианта поведения мужчин в партнерских родах.

1. *Активно-адекватное,* характеризующееся активным участием. Оно проявляется тем, что мужчина уверенно помогает жене принять наиболее удобную позу, умело осуществляет некоторые обезболивающие манипуляции, выполняет рекомендации медицинского персонала, играя роль своеобразного «посредника» между ними и роженицей. Он, как правило, бурно радуется появлению ребенка, не мешая при этом медицинскому персоналу.

2. *Пассивно-созерцательное* поведение характеризует мужчин, смутно представляющих себе, чем и как они могут помочь роженице, а поэтому практически не участвующих в процессе родов. Они находятся как бы в стороне, наблюдая за действиями жены, медицинского персонала, но при этом не мешая и не вмешиваясь в процесс. При появлении новорожденного бурной радости такие мужчины, как правило, не выражают, но эмоциональное отношение к ребенку в целом теплое. Нередко более интенсивно они выражают свою радость, благодарность супруге и медицинскому персоналу через час после окончания родов.

3. *Агрессивно-наступательное* поведение проявляется попытками мужчин активно и бесцеремонно вмешиваться в действия медицинских работников, требовать у них подробного отчета и объяснения любой манипуляции, «командовать» действиями жены, не помогая ей. Подобное поведение может быть результатом очень высокой тревоги мужчины, отсутствия дородовой подготовки или дидактогении. Агрессивно-наступательное поведение мужчины в родах может мешать их течению, нервировать роженицу, провоцировать конфликты с персоналом. Поэтому важно принять меры, чтобы не допускать такого мужчину в родильный зал во время потужного периода. После благополучного рождения ребенка мужчина может вернуться к супруге и с ней порадоваться новорожденному. При этом, как правило, тревога и агрессивность сменяются радостью и благодарностью (Мальгина Г. Б., 2002).

Примеры полярного влияния присутствия мужа при родах на их течение, на отношения в семье показывают важность научных знаний в этой области. Родители должны обладать полной информацией о психологической специфике родового процесса, представлять силу воздействия этого процесса на личностную сферу, быть образованными и подготовленными, прежде чем принимать решение о совместном участии в родах (Добряков И. В., 1999). Боль-

шинство специалистов соглашается, что женщина не должна оставаться одна во время родов и что при этом лучшим партнером для нее, как правило, является муж. Нередко споры о целесообразности партнерских родов заводят в тупик потому, что четко не определен предмет спора. Бессмысленно обсуждать целесообразность партнерских родов без учета того, проводилась или нет подготовка к ним, какие цели были поставлены перед партнерами, какие пути к их достижению обозначены. Именно смысл, содержание, партнерских отношений в родах, подготовленность к ним приводят к положительным или к отрицательным их последствиям. Если совсем неподготовленный или неверно подготовленный мужчина оказывается свидетелем процесса родов, его присутствие может оказаться даже вредным. В то же время наш многолетний опыт позволяет утверждать, что грамотно подготовленные и правильно проводимые партнерские роды обеспечивают благоприятный эмоциональный фон, снижают количество осложнений.

Решение об участии мужа в родах должно обсуждаться и приниматься обоими супругами, не должно быть спонтанным, необдуманным. При решении вопроса о присутствии на родах нужно учитывать и мотивы, которыми руководствуются супруги, настаивая на этом. Вряд ли стоит считать конструктивным мотив женщины, заявляющей: «Хочу, чтобы он увидел, как я мучаюсь!» или мотив мужчины, решившего принять участие в родах потому лишь, что ему «любопытно». Желание быть вместе в столь ответственный момент, стремление мужчины помочь жене, подкрепленное активным обучением во время дородовой подготовки, – конструктивны и не могут вызывать возражений. Родителям необходимо четко разъяснить, в чем состоит преимущество партнерских родов, их целесообразность, определить задачи мужчины и способы их решения. Важно обсудить, в какие периоды родов женщине нужны присутствие и помощь близкого человека.

Как уже отмечалось, у женщин, рожающих своего первенца, с момента появления первых признаков родов до рождения плаценты, знаменующего их окончание, проходит примерно 15–20 часов. У повторнородящих этот срок меньше на одну треть или вдвое. В течение этого времени периоды относительного покоя и ожидания прерываются схватками. Находящийся постоянно рядом с женой в первом периоде родов родной, внимательный, чуткий человек может очень помочь женщине успешно справиться со всеми трудностями в минуты и часы томительного, полного тревоги ожидания.

В перерывах между схватками женщине надо расслабиться и отдохнуть. В это время ей очень могут пригодиться приемы релаксации, которыми можно овладеть в процессе дородовой подготовки. Воспользоваться ими бывает трудно, если в это время рядом с ней нет никого из близких, врачу и акушерке некогда или с ними нет доверительных отношений. Женщина может почувствовать себя очень одинокой и несчастной, от ее оптимизма и воодушевления, скрашивающих начало родовой деятельности, может не остаться и следа. Единственной ее мыслью будет: «Когда же это кончится?!» Присутствие рядом мужа, который уверен в своей жене, не суетится, может быть как нельзя кстати. Его задача – развлечь роженицу разговором, пошутить, подбодрить. Пока схватки еще не очень часты, с разрешения врача можно походить с женой по коридору, помочь ей принять душ. Мужчина вместе с женщиной считает частоту дыхания, отмечает время схватки, делает массаж, охраняет ее покой во время релаксации. Томительные часы ожидания появления ребенка при этом не кажутся такими бесконечными.

Во время второго периода – периода изгнания, продолжающегося от двадцати минут в случае повторных родов до двух часов, если женщина рожает впервые, начинается активная работа роженицы. Томительное ожидание закончилось. Женщина при этом нередко испытывает облегчение и удовлетворение, настроение у нее в этот период, как правило, улучшается. Она уже не чувствует себя беспомощной, не замечает усталости, собирается с силами, понимая, что от ее активности зависит многое.

Важно, чтобы женщина полностью доверяла врачу, который помогает ей в родах. Если это условие соблюдается, то она, полагаясь на его знания и опыт, спокойно обсуждает и принимает его решение о каком-нибудь необходимом медицинском вмешательстве.

Возможность мужчины в этом периоде родов быть полезным минимальна. При некоторых характерологических особенностях он может даже мешать, вызывать своим взволнованным видом у женщины негативные эмоции, отвлекать ее от серьезной работы, смущать ее. Так, одна наша пациентка во время потуг, взглянув на мужа, стала пытаться поправить прическу. Некоторые активные, но плохо подготовленные мужья, видя, что жене приходится нелегко, начинают требовать от врачей, чтобы те немедленно приняли меры для того, чтобы все закончилось быстрее. У особо впечатлительных мужчин в результате присутствия на родах в периоде изгнания могут возникнуть функциональные сексуальные расстройства. Поэтому большинству мужчин мы настоятельно рекомендуем подождать за дверью, пока не раздастся крик ребенка.

Практика показывает, что если оба супруга настаивают на присутствии мужчины и во время периода изгнания, не следует им перечить, однако предпочтительнее чтобы он стоял у головы роженицы, говорил ласковые слова, гладил, поддерживал за плечи. Лучше, если женщина при этом не будет видеть его лица, на котором отражается очень сложная гамма чувств, часто негативных (волнение, тревога, страх и т. п.). Иногда сильные, волевые мужчины приходят в отчаяние из-за того, что помощь их так пассивна.

В третьей стадии родов происходит рождение плаценты, однако мать уже все внимание сосредоточила на ребенке. Очень важно, чтобы ее радость уже в самые первые мгновения общения с младенцем разделял муж.

Мы считаем, что психотерапевтический потенциал совместного пребывания супругов во время родов еще мало изучен и оценен, недостаточно используется. Не только для новорожденного, но и для его родителей ситуация родов является сильнейшим стрессом. И если они все вместе его преодолевают, это способствует возникновению качественно иных, воистину родственных отношений.

Не только для младенца, но и для матери, а также и для отца (если только он был настоящим партнером жены в этом процессе) сразу после родов наступает короткий период *импринтинга,* т. е. особой сенситивности, в течение которого они способны к моментальному запечатлению, сопровождающемуся эмоциями высокого накала. Присутствие отца при рождении его ребенка – это некое экзистенциальное потрясение, воздействующее на все сферы личности человека: эмоциональную, когнитивную, поведенческую. На наш взгляд, в этой ситуации, все переживания, связанные с принятием новой психологической, социальной роли родителя, усиливаются. Когда мужчина через глубокую эмпатию, сопереживание жене становится причастным к факту рождения, проживает происходящее вместе с ней – в это время рождается не только ребенок, в этот момент, в психологическом смысле, рождается Отец. Это обязательно следует использовать как для улучшения взаимоотношений супругов, так и для профилактики проблем преодоления эдипальной стадии развития, формирования комплекса Лая, выражающегося в том, что муж начинает ревновать жену к родившемуся ребенку.

Наши исследования, проведенные с использованием теста-опросника родительского отношения А. Я. Варга и В. В. Столина, привели к статистически достоверным результатам, согласно которым родители детей, родившихся в результате партнерских родов, более заинтересованы в делах и планах своего ребенка, более сочувствуют ему, испытывают чувство гордости за него, больше поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, чем родители детей, отец которых не принимал участия в родах. Возможно, это отражает изначальные особенности супругов, принявших решение о партнерстве в родах, или же к этому привело совместное психологическое переживание процесса родов, способствующее спло-

чению семьи, увеличению степени доверия друг к другу. У пар, не участвовавших в партнерских родах, выявлено большее стремление к инфантилизации ребенка, повышенному контролю над ним, меньшая степень доверительности (высокий балл по шкале «инфантилизация», низкий – «социальная желательность»). Причем анализ средних данных показал, что в обычных семейных парах к инфантилизации ребенка в большей степени склонны мужчины, чем женщины. Этот факт можно объяснить более дистантной позицией мужчин, не участвовавших в партнерских родах, их более критичной позицией по отношению к ребенку, что может приводить к сомнениям относительно его возможностей.

Также в ходе проведения дисперсионного анализа данных были выявлены статистически значимые различия между мужчинами и женщинами, принимавшими участие в исследовании, независимо от их принадлежности к одной из исследуемых категорий. Так, было выявлено более жесткое стремление мужчин к контролированию ребенка и требованию дисциплины (данные по шкале «гиперсоциализация»). В то время как у женщин проявляется более высокое желание симбиотических отношений с ребенком, стремление к повышенной заботе о нем, удовлетворении всех его потребностей, что закономерно для женщин, особенно в послеродовый период и первый год жизни их ребенка (Добряков И. В., Бобкина Т. Н., 2005).

Исследования Г. Б. Мальгиной с сотрудниками показали, что у женщин, планирующих с мужем партнерские роды, чаще, чем у пациенток контрольной группы, планирующих роды без партнера, выявляется оптимальный вариант ПКГД (60 %), в три раза реже встречается тревожный и в 2,5 раза реже гипогестогнозический варианты ПКГД. Акушерская тактика в процессе ведения партнерских родов по сравнению с родами без поддержки мужа значительно менее «агрессивна»: в два раза реже требовалась стимуляция родовой деятельности, кесарево сечение понадобилось в 4 % случаев (в контрольной группе – в 10 %). Без разрывов мягких тканей родоразрешены 34 % женщин основной группы и всего 16 % пациенток, рожавших без партнера. Частота применения эпизиотомии в основной группе ниже на 10 %, разрывов промежности ниже на 4 %. В основной группе не было зарегистрировано глубоких разрывов, гематом влагалища, в два раза меньше была частота акушерских кровотечений.

Анкетирование супружеских пар через 6-12 месяцев после партнерских родов показало, что 83 % опрошенных женщин не сомневаются в правильности решения рожать вместе с мужем, удовлетворены его поддержкой в родах. Только 17 % скорее удовлетворены, чем нет. Негативно оценивающих этот опыт не было. 94 % женщин говорят о любви и внимании мужа к ребенку после совместных родов, 83 % мужчин также расценивают свое отношение к ребенку как всепоглощающее чувство любви.

При ретроспективном анкетировании 55 % мужчин и 39 % женщин отметили, что их сексуальные отношения не изменились, 44 % женщин и 28 % мужчин считали, что они улучшились. 17 % мужчин и 17 % женщин указывали на некоторый спад в сексуальных отношениях. Мужчины замечают, что сексуальные контакты стали реже по сравнению с дородовым периодом, а женщины отмечали, что это не связано с присутствием мужа на родах (Мальгина Г. Б., 2002).

Д. В. Винникотт в 1968 г. писал о том, что новая, еще мало исследованная, но получающая распространение практика присутствия отца на родах представляется ему очень ценной (Винникотт Д. В., 2004). Последующие исследования партнерских родов как новой медицинской технологии доказали его правоту. При правильной организации и подготовке партнерские роды имеют ряд преимуществ:

- требуется меньшее количество акушерско-гинекологических вмешательств;
- снижается физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;
- снижается необходимость применения медикаментов в послеродовом периоде;
- снижается травматизм новорожденного;

• в два раза реже происходит колонизация кишечника новорожденных патологической микрофлорой при условии своевременного выявления и санации носительства условно-патогенных микроорганизмов (Мальгина Г. Б., 2002);

• партнерские роды экономически выгодны, поскольку требуют употребления меньшего количества медикаментозных препаратов, реже возникает необходимость оперативного родоразрешения, сокращаются сроки пребывания в родильном доме; снижается потребность в реабилитации в условиях детской клиники;

• отношения супругов становятся более гармоничными, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, предпочитаются гуманные конструктивные варианты семейного воспитания;

• партнерские роды создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса.

Рекомендации ВОЗ по организации родовспоможения

Как уже указывалось, рекомендации, разработанные в 1985 г. ВОЗ на основании результатов масштабных исследований, предпринятых в разных странах, не потеряли своего значения и сейчас. Их целесообразность, внося лишь некоторые коррективы, подтверждают современные достижения как науки, так и практического здравоохранения. Согласно этим рекомендациям:

• у каждой женщины есть право на должный пренатальный уход, в котором она играет главную роль, участвуя в его планировании, выполнении и оценке. Это право обеспечивается формированием перинатального комплаенса. При этом необходимо учитывать социальные и психологические факторы, являющиеся фундаментальными в понимании того, как обеспечить должный перинатальный уход;

• рожающие в больнице должны иметь право принимать решение об одежде (своей и ребенка), еде, использовании плаценты и других социально значимых моментах;

• следует поддерживать желание женщины и самой (согласуя это с членами семьи) заботиться о себе во время перинатального периода. Однако при этом важно выяснять, на каком этапе беременности, родов и послеродового периода ей требуется помощь. О возможности получения такой помощи женщина должна быть информирована, помощь должна быть доступной;

• правительство страны должно определить, какое учреждение должно оценивать качество ведения родов. Следует поощрять акушерский уход, в котором на первое место ставятся эмоциональные, психологические и социальные аспекты родов, а не технические средства; правительство должно способствовать внедрению новых методик только после их адекватной оценки;

• персоналу родильного отделения предписывается обеспечивать эмоциональную поддержку женщине и членам ее семьи. Женщина должна иметь право и возможность обсуждать решения по поводу ведения родов. Не выявлено достаточного основания для некоторых традиционных, считающихся обязательными мероприятий: сбривание лобковых волос, постановка клизм. Не следует жестко предписывать женщине позу, которую она должна принять в родах. В этом ей должна быть предоставлена возможность экспериментирования и выбора. Эти установки соответствуют современным представлениям о необходимости формирования перинатального комплаенса;

• следует поощрять родоразрешение через естественные родовые пути, количество кесаревых сечений не должно превышать 10–15 %. Следует по возможности защищать в родах промежность, но систематическое применение эпизиотомий не одобряется. Следует избегать стимуляции родов до срока 42 недель. Стимуляция родов должна проводиться по строгим показаниям, и ее частота не должна превышать 10 %. Следует избегать введения анальгетиков и анестетиков; следует избегать применения транквилизаторов; нет оснований для раннего вскрытия оболочек околоплодного пузыря. Иными словами, нужно стремиться к естественным родам;

• для благополучия молодой матери важно присутствие определенного члена семьи во время родов и в послеродовом периоде, однако когда в этом интимном процессе родов участвует целая толпа родственников, включая детей, когда проводится видеосъемка происходящего для последующего коллективного просмотра, это не может считаться естественным и не способствует нормальному течению родов;

• не следует разлучать здорового новорожденного с родильницей. Целесообразно немедленное прикладывание к груди младенца прямо в родильном зале сразу же после родов.

Глава 7
Психология раннего постнатального периода

Новорожденный

Рождение младенца, переход его из первичной экологической ниши матки (Schindler S., Zimprich H., 1983) в большой мир является для ребенка сильнейшим стрессом, определяющим переживания, которые составляют содержание *четвертой базальной перинатальной матрицы* (БПМ-4). С. Гроф считает, что акт рождения – это освобождение и в то же время безвозвратный отказ от прошлого. Поэтому на пороге освобождения ребенок ощущает приближение катастрофы огромного размаха (Гроф С., 1993). Мучительный процесс борьбы за рождение достигает своей кульминации, за пиком боли и напряжения следует внезапное облегчение и релаксация. Однако радость освобождения сочетается с тревогой: после внутриутробной темноты, постоянной температуры ребенок впервые сталкивается с ярким светом, холодом, новыми тактильными ощущениями, надо дышать… Происходящее отсечение пуповины прекращает телесную связь с матерью, и младенец становится анатомически, но не психологически независимым. В процессе рождения в организме ребенка происходит мощный выброс катехоламинов. В результате этого их содержание в крови новорожденных во много раз больше, чем у взрослого человека (Crow T. J., Arbuthnott G. W., 1972; Zagercranc H., 1986). Это обеспечивает поддержание гомеостаза младенца после рождения и состояние бодрствования в течение первых 40 минут внеутробной жизни (Klaus M. H., Klaus P. H., 1989), Этот период является критическим и характеризуется особой восприимчивостью ребенка к внешним факторам (Kennel C. H., Klaus M. H., 1986). В это время идет активное запечатление объектов окружающей среды, получение первичного постнатального опыта, благодаря чему избирательно запускаются инстинктивные видовые и индивидуальные реакции. К. Лоренц (K. Lorenc) описал это явление в 1935 г. под названием *импринтинга.* Таким образом, импринтинг представляет собой наследственно запрограммированную способность организма моментально и стойко фиксировать (запечатлевать) в качестве опыта то или иное переживание при стимуле достаточной интенсивности. Импринтинг наряду с условными рефлексами и оперантным обусловливанием является одной из форм обучения. В момент родов, в первые несколько часов после родов опыт, переживаемый и пренейтом, и женщиной, абсолютно уникален, а потому, запечатлеваясь, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций (Грэхэм Д., 1993, с. 19). М. Клаус и Дж. Кеннел считают, что механизмы импринтинга, реализующиеся во время родов и в первые часы после рождения ребенка путем прикосновений, вербальных и невербальных звуковых сигналов, установления контакта глаза в глаза, пантомимики, улыбки, играют огромную роль в формировании взаимоотношений ребенка и родителей (Klaus M., Kennel J., 1976, 1982). Поэтому очень важно, чтобы среди первых запечатленных предметов окружающей среды оказалась мать, а также отец, что возможно при партнерских родах. Если родителей на грамотно проводимых занятиях по дородовой подготовке обучили ежедневно общаться с пренейтом (разговаривать, стимулировать тактильные ощущения с помощью гаптономии и т. п.), то при звуках знакомых слов, произносимых узнаваемыми голосами, при ощущении нежных прикосновений матери и отца, сочетаемых с установлением контакта глаза в глаза, при последующем непосредственном контакте с теплой кожей матери новорожденный испытывает положительные эмоции. Это приводит к сниже-

нию сепарационной тревоги, способствует его адаптации к новым внеутробным условиям существования.

Как уже указывалось, осуществление импринтинга возможно только в короткий критический период и обусловлено особым гормональным фоном, природой и интенсивностью стимулов (Bateson P. P. G., 1987), создающих особые условия для формирования функциональных систем (Immelman K., 1981). Благодаря механизмам импринтинга младенцы формируют, по выражению С. Лебовиси, материю психического функционирования паттернов (Lebovici S., 1990), которую используют для общения с окружающими. Этот же критический период характеризуется сильнейшим влиянием новорожденного на мать. Он становится активным источником сигналов, определяющих ее поведение (Батуев А. С., Соколова Л. В., 1994). То же можно сказать и об отце, если он участвует в грамотно проводимых партнерских родах. Иными словами, в процессе родов происходит разрушение общих границ женщины и пренейта, вызывающее стресс, а в ранний постнатальный период, во многом благодаря импринтингу, идет частичное восстановление этих границ. Без этого младенец не сможет существовать в новых условиях. Таким образом, импринтинг способствует сохранению диадного единства матери и ребенка, иными словами, формированию *бондинга* (англ. *bond* – связывать, соединять).

При преждевременных родах до окончания полных 37 недель беременности, считая от первого дня последней менструации, ребенок квалифицируется как недоношенный, если масса его тела не превышает 2500 г, а длина тела – 48 см. Частота невынашивания составляет, по данным разных авторов разных государств, от 3 до 16 % (Яцык Г. В., 1997; Шабалов Н. П., Цвелева Ю. В., 2002 и др.) (Агейкин В. А., 2003). У недоношенных детей, как правило, отмечаются перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС), развивающиеся на фоне незрелости функциональных систем (Луковцева З. В., 2002; Синюгина Т. Н. и др., 2001). По данным В. В. Абрамченко и Т. У. Кузьминых, у каждого третьего недоношенного ребенка отмечается легкая неврологическая симптоматика, у каждого четвертого – умеренная, у каждого седьмого – тяжелая (Абрамченко В. В., Кузьминых Т. У., 2001).

Е. А. Грон и П. Г. Иманалиева, используя тест отношений беременной (ТОБ), установили, что у женщин с угрозой невынашивания беременности достоверно чаще встречаются эйфорический и гипогестогнозический варианты психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) (Грон Е. А., Иманалиева П. Г., 2001). Это нашло подтверждение и в наших исследованиях: у женщин, родивших недоношенных детей, преобладали эйфорический, гипогестогнозический и тревожный варианты ПКГД, а оптимальный вариант ПКГД встречался у них в 4 раза реже, чем у женщин, родивших доношенных младенцев (Добряков И. В., 2004).

Незрелость функциональных систем недоношенного ребенка затрудняет формирование бондинга. При этом значительно увеличивается частота заболеваемости и смертности среди новорожденных детей (Шабалов Н. П., Цвелева Ю. В., 2002).

Даже если младенец доношен и здоров, неправильная организация ухода за ним в раннем постнатальном периоде может создать хроническую психотравмирующую ситуацию, препятствующую снижению уровня сепарационной тревоги и формированию бондинга. В результате возможны нарушения процесса адаптации, отклонения и задержки психомоторного развития. Чтобы этого не произошло, маленький ребенок должен быть окружен заботой и вниманием, т. е., говоря словами Д. В. Винникотта, необходимо обеспечение послеродового *холдинга* (англ. *hold* – заботиться, держать на руках) (Винникотт Д. В., 1998).

Бондинг и холдинг

Бондингом называется интуитивная незримая связь между ребенком и матерью, возникающая после рождения, благодаря которой они сохраняют общие границы и продолжают оставаться единым целым. При этом мать способна понимать невербальные сигналы ребенка, удовлетворять его потребности, снижать его сепарационную (базальную) тревогу и помогать адаптироваться в новых условиях. Проявления бондинга разнообразны. Так, младенцы, физически контактирующие с матерью в течение критического периода и далее разлученные с ней, положительно реагируют на ее запах (Schaal, 1980) и достоверно предпочитают в условиях выбора запах ее молока (Farlon M. C., 1976). Младенец в первые минуты жизни может фиксировать взгляд на лице матери и устанавливать с ней визуальный контакт в течение 10–15 секунд (Fants R., 1976). Новорожденный следит за лицом разговаривающей с ним мамы (Aranson E., Rosenblum S., 1971), подражает ее мимике (Field T., 1984; Moore K., Meltzoff A., 1975), отличает ее голос от других (Fisenberg, 1976).

Женщины, проведшие со своими новорожденными не менее часа после родов, также способны узнавать их по запаху (Rassel M. J. с соавт., 1983). В 69 % случаев матери с повязкой, закрывающей глаза, узнают своих младенцев посредством тактильного контакта (Kainz M., Lapidot P. и др., 1992). Узнают они своих детей и по крику (Morsbach, Bunting,, 1976), могут отличить их фотографии от других новорожденных (Kaitz M. с соавт., 1992).

Следует подчеркнуть, что при разлучении ребенка с матерью в первые часы его внеутробной жизни описываемые феномены не возникают или выражены значительно слабее. Это крайне неблагоприятно отражается на формировании контакта в системе «мать – дитя», снижая уровень эмоциональной подстройки матери к младенцу, и в последующем может негативно отразиться прежде всего на психическом развитии ребенка.

Лишение новорожденного физического, биологически адекватного контакта с матерью во время критического периода крайне отрицательно сказывается на формировании взаимоотношений в системе «мать – дитя» (Flake-Hobson C., Robinson B. E., Sceen P., 1993), может приводить к ухудшению работы зрительного анализатора, ориентировки в пространстве (Fants R., 1974).

Несмотря на это, примерно до 1970-х гг. прошлого столетия в Западной Европе преобладала тенденция разлучения матери и ребенка сразу же после родов. В Советском Союзе, а также на постсоветском пространстве эта тенденция сохранялась еще дольше.

Наши исследования показали, что разлучение младенца и матери сразу же после родов приводит к повышению у родильницы уровня тревоги, к формированию на этом фоне идей о возможности подмены ребенка на чужого, к трудностям становления лактации. Отрыв ребенка от матери, по нашему мнению, может расцениваться как насилие над новорожденным (Добряков И. В., Ледина В. Ю., Савельева С. О., Червова Е. И., 1997).

С 1995 г. на базе родильного дома № 13 в Санкт-Петербурге проводились исследования, целью которых было сравнение различных моделей ухода за новорожденным и его матерью, которые помогли бы определить и научно обосновать преимущества и недостатки различных подходов. В исследовании участвовали 176 пар (мать – новорожденный), разделенные на восемь групп. Каждая группа должна была осуществлять определенные различными комбинациями уровни физической приближенности новорожденного к матери в течение первых двух часов после рождения. Варьировались контакт «кожа к коже» сразу после родов; пребывание одетого младенца на руках у матери после родов; разлучение матери с ребенком после родов, также дальнейшее разлучение матери и ребенка или их совместное пребывание в послеродовом отделении (Быстрова К. С., 2008).

Эффективность моделей оценивалась по успешности температурной адаптации младенцев, становления грудного вскармливания, а также по взаимодействию в системе «мать – дитя», которое тестировалось годом позже. Результаты исследования позволили сделать вывод, что наиболее благоприятным для ребенка является ранний и достаточно продолжительный кожный контакт с матерью. При этом в первые часы после рождения, благодаря механизмам импринтинга формируется взаимная регуляция в паре «мать – дитя», обеспечивающая качество диалога между ними в дальнейшем за счет развития способности ребенка регулировать свое эмоциональное состояние, а матери – понимать его. Ранний контакт кожа к коже ребенка и матери, осуществляемый сразу же после родов, успокаивает младенца, препятствует его переохлаждению, способствует переключению преобладающего в родах симпатического тонуса вегетативной нервной системы на парасимпатический. Раннее прикладывание младенца к груди способствует лактации у матери.

Раннее разлучение ребенка с матерью после родов затрудняют адаптацию младенца к новым условиям жизни, становление его терморегуляции, делает ребенка более уязвимым. Совместное пребывание матери и новорожденного после их двухчасовой разлуки может скомпенсировать только механизмы становления лактации, но не механизмы становления саморегуляции ребенка (Быстрова К. С., 2008).

Таким образом, исследование показало, что совместное пребывание матери и младенца сразу же после родов необходимо для того, чтобы она могла проявить свое стремление к заботе, что способствует успешному формированию бондинга. Мать младенца должна быть, говоря словами Д. В. Винникотта, достаточно заботливой. Он вводит понятие *холдинга,* включая в него все, чем является мать для своего ребенка и что она делает в течение того периода времени, когда она составляет с ним единую диаду, т. е. имеет с ним общие границы. С его точки зрения, для формирования холдинга женщине дается девять месяцев. Холдинг – важный фактор формирования гестационной доминанты, включающей изменение отношения женщины к себе беременной, к пренейту (а затем к младенцу). Именно он во многом определяет вариант формирующейся ПКГД. Одной из причин плохого холдинга может быть то, что их матери плохо справлялись с холдингом и передали своим взрослым дочерям свою материнскую неуверенность (Винникотт Д. В., 1994, с. 18). Самые крошечные дети чувствительны к тому, как их держат на руках, у одного они плачут, у другого затихают довольные (Винникотт Д. В., 1998), что отражает качество бондинга. Винникотт выделяет три ступени отношения новорожденного к миру.

Первая ступень: живое существо, окруженное пространством; замкнут на себе, знает только себя.

Вторая ступень: преодоление пространства – убеждается, что оно преодолимо, сгибая руки и ноги.

Третья ступень: преодоление пространства при помощи матери, сохранение диады (с матерью перемещается).

Винникотт отмечает, что новорожденный – безусловно человеческое существо, быстро становящееся индивидуумом (Винникотт Д. В., 1998, с. 51).

В 6–7 месяцев он уже способен связать процесс выделения с процессом поглощения. Причем свою деятельность по выделению продуктов он уже воспринимает как неприятную, связанную с дискомфортом. Младенец нуждается в матери, чтобы избавиться от продуктов этой деятельности. Другой вид деятельности приятен, воспринимается как подарок. Винникотт подчеркивает, что каждому младенцу необходимо время, чтобы разобраться, в чем отличие «хорошего» от «плохого», и обрести уверенность в своей потребности избавиться от того, от чего нужно избавляться (Винникотт Д. В., 1998, с. 52).

Мать интуитивно понимает нужды младенца и помогает ему справиться с ними. Обучение может осложнить эту тончайшую коммуникацию между матерью и ребенком,

затруднить формирование паттерна адекватного поведения постнатальной диады. Винникотт подчеркивает, что медсестры и доктора «не *должны вмешиваться* в чрезвычайно тонкий механизм отношений матери и ребенка» (курсив Винникотта), назначая клизмы, свечи, газоотводные трубочки, в которых, по его мнению, *«практически никогда нет необходимости»* (курсив Винникотта) (Винникотт Д. В., 1998, с. 52).

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что для формирования бондинга и становления холдинга совершенно необходимо не разлучать мать и ребенка после родов. Бондинг и холдинг создают благоприятную среду для возникновения протодиалога матери и ребенка, способствуют естественному вскармливанию.

Протодиалог и грудное вскармливание

Разнообразие отношений человека к окружающему миру, к себе, их формирование в динамическую систему, представляющую согласно концепции В. Н. Мясищева суть личности человека, определяются паттернами, постепенно возникающими на основании опыта самых первых человеческих взаимоотношений в диаде «мать – дитя». В этом процессе особую роль играет успешность развития раннего диалога между младенцем и матерью (Emde R. N., 1989; Sroufe L. A., 1989), так называемого *протодиалога.* Он осуществляется посредством невербального общения путем установления экспрессивно-эмоциональных коммуникаций, во многом определяющих впоследствии становление типа семейного воспитания. Наши исследования показали, что в процессе становления раннего диалога родителей с ребенком большое значение имеет то, на какой стадии развития семейных отношений случилось зачатие, протекала беременность, произошло родоразрешение. Если беременность наступила во время добрачных отношений, стадии конфронтации, стадии экспериментирования с независимостью, наблюдаются трудности формирования раннего диалога матери и младенца. Неразрешенные конфликты с мужем, его компенсаторное поведение, характерное для этих стадий, делают женщину тревожной, эмоционально неустойчивой, что сказывается и на отношениях в диаде «мать – дитя». Часто это выражается в невротических необоснованных опасениях за состояние здоровья ребенка, может появиться фобия утраты. Трудности диалога с ребенком значительно усугубляются, если ребенок не оправдывает возложенных на него надежд. Воспитание такого младенца, как правило, осуществляется по типу гипопротекции, характеризуется бессознательным или осознаваемым непринятием малыша матерью. При этом целесообразно посоветовать супругам обратиться к семейному психотерапевту. Обучение приемам установления раннего диалога с младенцем может быть использовано с целью психотерапии семьи (Добряков И. В., 2001).

Особое значение в формировании раннего диалога между матерью и ребенком имеет кормление грудью. В ситуации кормления грудью частично восстанавливается единение физических границ матери и ребенка, так как при этом некоторым образом имитируется то, что происходило во время внутриутробного периода, у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога. И это не менее важная задача грудного вскармливания, чем насыщение ребенка. Вот почему Винникотт утверждал, что «самое *главное в кормлении не кормление»* (курсив Винникотта) (Винникотт Д. В., 1998, с. 50). Когда мать и младенец соединяются в ситуации кормления, происходит инициация человеческих отношений, формируется модель отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом (там же, с. 49). Многие современные авторы особое внимание уделяют необходимости обучения матери взаимодействию с ребенком в ситуации кормления грудью (Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В., 2000; Яворская О. В., Тишевской И. А., 2005).

В 1989 г. была принята совместная декларация ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), рекомендовавшая поощрять и всемерно поддерживать практику длительного грудного вскармливания младенца с постепенным введением прикорма начиная с 4-го месяца (Охрана, поощрение и поддержка…, 1989). Подготовленная специалистами ВОЗ и ЮНИСЕФ программа «Больница, доброжелательная к ребенку» (Baby friendly hospital) включает десять принципов успешного грудного вскармливания, относящихся преимущественно к самому раннему периоду вскармливания (Яворская О. В., Тишевской И. А., 2005). Наличие или отсутствие естественного грудного вскармливания, качество бондинга, холдинга во многом определяют формирование варианта привязанности.

Формирование привязанности и ее типы

Важным стимулом к развитию ребенка является его стремление к снижению базальной тревоги путем сокращения дефицита информации об окружающем мире. При этом он становится более самостоятельным, менее зависимым от матери. Однако диада «мать – дитя» продолжает существовать до появления у него самосознания. Исследованию и пониманию непростых отношений в диаде способствовало введение понятия привязанности.

Изучению привязанности были посвящены работы, выполненные в 1951–1960 гг. английским психологом и педиатром Дж. Боулби (J. Bowlby). В своих исследованиях он показал, что для психического здоровья ребенка необходимо установление теплых, приносящих радость взаимоотношений с матерью. З. Фрейд считал, что основой отношения ребенка к матери является принцип наслаждения (1926), так как младенец стремится получить удовольствие, утоляя голод материнским молоком. В отличие от З. Фрейда, не отвергая принцип удовольствия, Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена выраженной потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Развитие психических и моторных функций детей Дж. Боулби связывает с развитием способов достижения близости к матери. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям (Bowlby J., 1951). Таким образом, потребность в близости – базовая потребность ребенка.

Еще не достигнув годовалого возраста, ребенок умеет определять такое расстояние до матери, на котором он способен дать ей знак о своих потребностях хныканьем и получить помощь, т. е. расстояние, на котором он находится в состоянии относительной безопасности.

Если мать оказывается или кажется ребенку недоступной, активизируется деятельность малыша, направленная на восстановление близости. Страх потерять мать может вызывать панику. Если потребность в близости часто не удовлетворяется, то и в присутствии матери ребенок перестает чувствовать себя в безопасности. Только при развитом чувстве безопасности ребенок постепенно увеличивает расстояние, на которое спокойно отпускает мать. Дж. Боулби подчеркивает важность ощущения безопасности для развития Эго ребенка. Если «ухаживающая персона» признает и пытается удовлетворить потребность младенца в комфорте и в безопасности, у ребенка снижается уровень базальной тревоги, растет уверенность в своих силах, и его деятельность направляется на познание окружающего мира. В противном случае – высока тревога, а деятельность ребенка направлена на попытки обеспечения безопасности.

Теоретические положения Дж. Боулби были блестяще подтверждены экспериментами М. Эйнсворт (Ainsworth M. D. S., 1983). Наблюдая детей первых месяцев жизни, она пыталась определить, каким образом особенности взаимоотношений с матерью проявляются в процессе кормления грудью, в плаче ребенка и в игровых моментах. В результате исследований установлено, что взаимоотношения матери и ребенка складываются в течение первых трех месяцев жизни и определяют качество их привязанности к концу года и в последующем. Благоприятно на развитие ребенка влияют матери, движения которых синхронны движениям младенца во время общения с ним, эмоции экспрессивны, контакты с ребенком разнообразны. Общение же детей с матерями ригидными, редко берущими их на руки, сдерживающими свои эмоции («матери с деревянными лицами») – напротив, не способствует развитию психических функций ребенка. То же можно сказать и об общении детей с матерями, отличающимися непоследовательным, непредсказуемым поведением.

Опытным путем и в результате наблюдений М. Эйнсворт удалось выделить три типа поведения детей, формирующихся под влиянием общения с матерью.

Тип А. *Избегающая привязанность* (avoid attachment «А») встречается примерно в 20–21,5 % случаев. Характеризуется тем, что на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру. Он не идет на контакт с ней даже тогда, когда мать начинает с ним заигрывать. Детей с подобным поведением называют индифферентными.

Тип В. *Безопасная, или надежная, привязанность* (secure attachment «В») встречается чаще других (65–66 %). Этот тип проивязанности характеризуется тем, что в присутствии матери ребенок чувствует себя комфортно. Если она уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

Тип С. *Амбивалентная привязанность* (resistant-ambivalent attachment «С») встречается примерно в 10–12,5 % случаев. Даже в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

Позднее был выделен еще один тип привязанности – тип D.

Тип D. *Дезорганизованная привязанность* (disorganized attachment «D») встречается примерно в 5-10 % случаев. Этот тип привязанности считается патологическим и характеризуется тем, что ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.

Если проведение эксперимента невозможно, так как ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватает ее и не отпускает от себя, говорят о *симбиотическом типе привязанности.*

Работы Дж. Боулби и М. Эйнсворт ставили под сомнение основные принципы бихевиоризма. Основываясь на принципах оперантного обусловливания и формирования реакции, бихевиористы, оказавшие большое влияние на педагогику, рекомендовали матерям «не приучать детей к рукам», так как это, с их точки зрения, тормозило исследовательскую деятельность. Особенности привязанности, отражающие качество сохраняющейся в постнатальной период диады, влияют как на психическое развитие ребенка, так и на его соматическое состояние.

Психосоматические нарушения в раннем возрасте

Как уже отмечалось, для новорожденного ребенка, переживающего травму рождения, испытывающего тревогу и страх перед окружающим неизвестным миром, мать является гарантом безопасности, выживания в этом мире. При наличии у матери нервно-психических, соматических нарушений она не в состоянии справляться с этими обязанностями. Более того, новорожденный индуцирует ее тревогу, другие отрицательные эмоции, и его адаптация в окружающем мире крайне затруднена. У таких младенцев не формируется безопасная форма привязанности к матери (secure attachment «B»), при которой они способны исследовать окружающий мир и познавать его. Взаимоотношения ребенка с матерью, страдающей невротическими расстройствами или послеродовыми депрессиями, характеризуются тремя типами небезопасной привязанности (Ainsworth M. D. S., 1983).

В постнатальном периоде профилактикой нарушений развития и соматических расстройств у младенцев является формирование безопасной формы привязанности. Дети с небезопасными формами привязанности характеризуются высоким уровнем тревоги, испытывают и проявляют мало положительных эмоций, как правило, испытывают трудности в общении. Уровень нервно-психического реагирования у детей в возрасте от 0 до 3 лет мало дифференцирован, характеризуется повышенной общей и психической возбудимостью и получил название соматовегетативного (Ковалев В. В., 1985). На этом фоне у них нередко развиваются психосоматические расстройства, прежде всего имеющие отношение к системе пищеварения. Наиболее типичными являются младенческая колика, аэрофагия, инфантильная анорексия, пищевое недоразвитие, переедание, мерицизм, пикацизм. Все эти нарушения сведены в МКБ-10 под одной рубрикой F98.2 – расстройства питания в младенчестве и детстве, кроме пикацизма, имеющего шифр F98.3, анорексии (F50) и переедания (F50.4).

Младенческая колика отмечается обычно в периоде с 3-й недели до 3-го месяца жизни. Основными признаками колики являются крик и плач. Кормление может ненадолго успокоить ребенка. Попытки поменять режим питания, заменить грудное молоко на смесь или одну смесь на другую, медикаментозная терапия облегчения, как правило, не приносят. Х. Финкельштейн (H. Finkelstein) назвал это расстройство «спастическим диатезом» (1938). А. Г. Аларкон (Alarcon A. G., 1943), а позднее Р. А. Шпиц (Шпиц Р. А., 2000) отметили, что это расстройство совершенно отсутствует у младенцев, содержащихся в приютах, т. е. лишенных материнской заботы. Д. М. Леви связывал младенческую колику с «первичным тревожным попустительством матери» (1943). По наблюдениям Леви и А. Белл (A. Bell), младенцы, страдающие коликой, воспитывались родной матерью у себя дома и получали внимание и грудь по первому требованию (1950). Шпиц считает, что младенческая колика прежде всего является ранним расстройством отношений в диаде «мать – дитя» и представляет собой наиболее архаичную предтечу расстройств объектных отношений. В то же время он отмечает, что возникает оно при сочетании двух факторов: тревожной гиперопеки матери и повышенного (даже умеренно) мышечного тонуса у детей (Шпиц Р. А., 2000). С нормализацией последнего в конце 3-го или 4-го месяца жизни у большинства детей мышечный тонус нормализуется. По-видимому, с этим связано исчезновение у них симптоматики к этому возрасту (Bakwin H., Bakwin R. M., 1972).

Аэрофагия (греч. *aeros* – воздух, *phagein* – поглощать) также встречается у младенцев тревожных матерей и проявляется в заглатывании ими воздуха при жадном сосании (Исаев Д. Н., 1996, 2000). Воздух может также заглатываться ими безотносительно к приему пищи. При этом нередко отмечается вздутие живота, вызывающее дискомфорт и болезненные ощущения. Периодически у таких детей отмечается отрыжка, провоцирующая рвоту.

Инфантильная анорексия (греч. *a* – приставка, означающая отсутствие; *orexis* – аппетит) выражается потерей аппетита у младенцев невротичных матерей, не способных дифференцировать подаваемые ребенком сигналы и адекватно на них отвечать, беспорядочно по любому поводу прикладывающих детей к груди. Такие матери, как правило, не понимают, сыты их дети или нет. В результате дети недоедают, теряют в весе. Данное расстройство характерно для детей незамужних женщин, женщин с нервно-психическими расстройствами. У этих женщин во время беременности, как правило, отмечались гипогестогозический, тревожный и тревожно-депрессивный типы психологического компонента гестационной доминанты. Лечение детей с инфантильной анорексией требует как усилий педиатров, направленных на борьбу с гипотрофией, так и психотерапевтической работы по преодолению конфликта в отношениях в системе «мать – дитя» (Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В., 2001). Также явления инфантильной анорексии являются важным проявлением анаклитической (греч. *anaclisis* – отсутствие опоры) депрессии. Этот термин был предложен Р. Шпиц для описания состояний, часто возникающих у детей, лишенных матери, при отсутствии более-менее полноценной ее замены (1946) (Шпиц Р. А., 2000). Степень тяжести нарушений и стойкость симптоматики при этом во многом зависит от особенностей взаимоотношений в диаде «мать – дитя» до разлуки.

Пищевое недоразвитие характеризуется уменьшением массы тела ребенка при достаточном поступлении пищи и без проявлений у него каких бы то ни было заболеваний. Развивается такое состояние при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с пренебрежением ребенком и его эмоциональной и сенсорной депривацией (Исаев Д. Н., 2000). Как правило, у матерей таких детей удается выявить эмоциональные расстройства, нередко связанные со скрытым нежеланием иметь ребенка, с неудовлетворенностью браком и т. п. При эффективной психотерапевтической помощи матери состояние ребенка улучшается (Bemporad J. R., 1980).

Переедание детей, приводящее к тучности, возникает, как и отказы от еды, в результате неудовлетворенности ребенка отношениями с матерью. В поведении таких детей обращает на себя внимание постоянное переедание. Процесс кормления для них символизирует связь с матерью, которую так страшно утратить. Чем больше тревожат ребенка его отношения с матерью, чем больше он боится сепарации, тем чаще он принуждает себя есть. Еда для такого ребенка не способ утолить голод, а попытка снизить тревогу, обрести уверенность, почувствовать свое влияние на мать.

Мерицизм (греч. *merykismos* – жевание) или руминация (лат. *ruminatio* – пережевывание) проявляется в форме многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания. Процесс отрыгивания при этом не вызывает у ребенка неприятных ощущений, как это бывает обычно. Мерицизм может быть как средством привлечения ребенком внимания к себе недостаточно заботливой матери, так и результатом реакции чрезмерно тревожной и опекающей матери на обычное срыгивание. Длительное повторное пережевывание пищи стимулирует выработку эндорфинов (Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В., 2001) и делается необходимым младенцу с небезопасной формой привязанности.

Пикацизм (лат. *pica* – сорока) проявляется у детей в желании поедать несъедобное. У многих матерей детей, склонных к копрофагии, выявляются нарушения психотического уровня (в основном депрессивные). Отношение к ребенку у них характеризуется непостоянством и противоречивостью: проявления гиперопеки и сверхконтроля периодически сменяются гипоопекой и эмоциональным отвержением, причем открытых проявлений негативных чувств к ребенку у матерей нет. У детей-копрофагов значительно чаще, чем у их сверстников, возникают несчастные случаи, связанные с недостаточным вниманием к ним матерей (случайно обжигаются, падают, глотают острые предметы и т. п.) (Шпиц Р. А., 2000). Попытки

повлиять на ребенка, как правило, безуспешны. Психотерапевтическая помощь в таких случаях должна оказываться и системе «мать – дитя».

Так как дифференциация между психикой и телом у маленьких детей еще не завершена (Шпиц Р. А., 2000), они, по выражению М. П. Геан (M. P. Gean), уникально и чрезвычайно сложны (Гин М. П., 1999). Поэтому воздействовать на маленького ребенка целесообразно через мать, с которой он составляет единую систему. К тому же наблюдать динамику психики матери куда легче, нежели ребенка (Шпиц Р. А., 2000).

Приведенные факты позволяют сделать вывод, что уже во время беременности можно и нужно заниматься профилактикой возникновения психосоматических расстройств как у матери, так и у ребенка.

Глава 8
Психология перинатальных потерь[3]

Перинатальные потери и их структура

К перинатальным потерям относятся случаи внематочной беременности, невынашивания беременности, антенатальной гибели плода, интранатальной гибели плода, смерти новорожденного в возрасте до 28 суток после рождения. В некоторых странах к перинатальным потерям также причисляют некурабельное бесплодие, смерть усыновленного младенца.

Одной из самых распространенных патологий беременности является *невынашивание.* Примерно у 75 % женщин в период фертильности отмечался *ранний выкидыш,* т. е. невынашивание беременности на ранних сроках. Большинство этих потерь остается незамеченным, так как оплодотворенные яйцеклетки не могут имплантироваться в слизистую стенку матки, не удерживаются в ней и удаляются из организма женщины во время менструации или даже до ее наступления, когда гестация еще не диагностирована. В. Р. Эмерсон утверждает, что и многоплодие встречается значительно чаще, чем это регистрируется, так как многие близнецы погибают в процессе имплантации или после нее. Он отмечал в постнатальном периоде у лиц, перенесших пренатальную гибель близнеца, повышенный уровень тревоги, страх утраты близкого человека, страх смерти, конформные черты личности (Эмерсон В. Р., 2005).

Частота невынашивания клинически подтвержденной беременности составляет по разным данным от 10 до 27 %. Прерывание беременности до 22 недель определятся как *самопроизвольный аборт* (выкидыш). Самопроизвольное прерывание беременности после 22 недель называется *преждевременными родами,* так как уже возможно рождение незрелого, но способного к жизни при определенных условиях ребенка.

По данным разных авторов, 10–20 % всех беременностей прерываются самопроизвольно до 12 недель, от 50 до 85 % выкидышей приходится на период до 13 недель.

Около 5 % пар переживают два и более самопроизвольных прерывания беременности подряд. С каждым последующим случаем такого прерывания беременности вероятность повторного самопроизвольного аборта возрастает на 15 %. Повторяющееся самопроизвольное прерывание беременности три раза и более подряд называется *привычным невынашиванием* и отмечается примерно у 1 % женщин. Выкидыши, особенно привычное невынашивание, являются для женщины, ее мужа, других членов семьи психотравмирующей ситуацией.

Структура перинатальной смертности:

- смерть в антенатальном периоде – 35,3 %;
- смерть в интранатальном периоде – 26,0 %;
- смерть в неонатальном периоде – 38,7 %.

Показатель смертности в интранатальном и в раннем неонатальном периодах представляет собой отношение количества погибших в течение этого времени пренейтов и младенцев к общему количеству плодов, живых к началу родов.

Показатель смертности детей с массой тела до 1000 г в 300 раз больше, чем показатель смертности доношенных младенцев (Teberg A. I., Hotrakitya S., Wu P. U. K. et al., 1987).

Антенатальная гибель плода составляет до 77,9 % от числа всех мертворожденных детей.

[3] Глава написана совместно с Е. М. Костериной.

Перинатальные потери как психологическая и медицинская проблема

Проблемы психологического сопровождения перинатальных потерь, фасилитации процесса горя и психотерапии при осложненном переживании горя утрат являются очень важными как для медицинского, так и для психологического сообщества. От успешности их решения зависит повышение качества медицинского обслуживания и улучшение качества жизни пациентов, решение демографических задач, стоящих перед обществом.

Оценке и изучению причин прерывания беременности и гибели плода в перинатальном периоде, медицинскому ведению пациенток с угрозой потери беременности, лечению пациенток с самопроизвольным абортом или антенатальной гибелью плода, выхаживанию недоношенных и больных новорожденных посвящено множество научных трудов. В то же время русскоязычных работ, посвященных переживаниям, которые при этом испытывают женщины, члены их семей, квалификации их состояния и оказанию психологической и психотерапевтической помощи, явно недостаточно. Потеря беременности на любом сроке, а также гибель ребенка до, во время и после родов является стрессом для матери, отца, других членов семьи. К сожалению, исследований этой проблемы мало, и они не находят отражения в русскоязычной медицинской и психологической литературе. При этом в странах Западной Европы и в США уже с начала 1980-х гг. специальное психологическое сопровождение пациентов и их близких в ситуации утраты детально разработано и входит в стандарты оказания медицинской помощи. Основная роль в психологическом сопровождении лиц, переживающих перинатальную утрату, отводится среднему медицинскому персоналу. Осуществляется специальная подготовка персонала по работе с проблемами смерти.

В России тема смерти представляется в значительной мере табуированной для обсуждения как в быту, так и в системе медицинского, психологического обслуживания населения. В результате методические рекомендации по оказанию психологической и психотерапевтической помощи при перинатальных утратах, нормативы в этой области не разработаны. Медицинские работники женских консультаций и родильных домов в силу того, что их профессия напрямую связана с проблемами жизни и смерти, нередко вынуждены сообщать пациентке и ее близким о неизбежности прерывания беременности, о гибели плода или новорожденного. При этом специальной подготовки, позволяющей психологически грамотно сообщить об утрате, квалифицированно обсудить тему смерти, медицинские работники не имеют. Они, как правило, не могут даже толком рассказать несчастной женщине о формальных шагах, которые она должна предпринять в связи с постигшим ее горем. Поэтому они вынуждены действовать в соответствии со своими личными или бытующими в обществе (как правило, неконструктивными) представлениями о том, что и как следует говорить о смерти, что предпринимать при перинатальной утрате. Нередко это приводит к ятрогениям, ухудшению психического состояния женщин. Пациентки и их близкие часто не удовлетворены взаимодействием с медицинским персоналом и качеством оказанных медицинских услуг. Даже при объективно безупречном оказании медицинской помощи, в случае перинатальной потери нередки несправедливые обвинения медицинских работников в том, что произошло. То, как сообщают об утрате, характер общения с женщиной, потерявшей ребенка, и с ее родственниками часто вызывают упреки в грубости медицинских работников, в недостаточном понимании, в отсутствии чуткости, в цинизме. Это связано с высоким уровнем тревоги специалистов, вызванной необходимостью касаться такой экзистенциально значимой темы, как смерть, переживая при этом свою некомпетентность и беспомощность, неспособность оказать действенную помощь, необоснованные подчас обвинения, а иногда и чувство вины. У медицинских работников, постоянно оказывающихся в

подобных ситуациях, возникает профессиональная деформация личности, возможно развитие синдрома выгорания (Гнездилов А. В., 2002; Добряков И. В., Колесников И. А., 2006).

Следует также отметить, что и специалисты в области психического здоровья также не обладают достаточными знаниями в области психологического сопровождения и психотерапии перинатальных утрат. Специфика перинатальной потери практически не учитывается. Окружающие женщину, понесшую перинатальную утрату, и специалисты, и родственники, утешая ее, часто недооценивают величину потери, не считаются с необходимостью фасилитации полноценного нормативного проживания горя.

Изучение и практическое сопровождение утраты требует междисциплинарного подхода. Знания психологии и основ консультирования утраты необходимы как специалистам в области психического здоровья, так и акушерам-гинекологам, и неонатологам-реаниматологам, среднему и даже младшему медицинскому персоналу.

Перинатальная утрата и процесс переживания горя

Специфические особенности перинатальной утраты

Под *утратой* в психологии понимается потеря чего-то значимого, ценного, того, к чему у индивида существует сильная аффективная привязанность, того, что способствует ощущению индивидом целостности себя и стабильности своего существования. Это не всегда смерть близкого или другого значимого человека. К категории утраты можно отнести множество ситуаций. Это могут быть и потеря работы, статуса, трудоспособности, физической привлекательности, материальных ценностей, а также развод, смерть домашнего животного или публичного лица и пр. Прерывание беременности, смерть пренейта или ребенка в перинатальном периоде является, безусловно, значимой утратой. Различают физическую утрату и символическую утрату.

Физическая утрата – это утрата осязаемого объекта, очевидного и понятного окружающим. Такая утрата чаще всего признается окружающими. *Символическая утрата* – это потеря чего-то неосязаемого, но символически значимого для человека (выход на пенсию, развитие хронического заболевания, рухнувшие надежды), и зачастую не признается окружающими как утрата, вызывающая чувства, требующие переживания в течение некоторого времени (Guidelines for health care…, 2001). Перинатальные утраты сочетают физическую утрату (гибель ребенка) и символическую (несостоявшаяся попытка приобрести новый социальный статус матери или отца).

Перинатальная утрата является психической травмой, так как вызывает переживания, имеющие длительное воздействие на психику человека (Perrez M., Laireiter A. – R., Baumann U., 2002; Чемберлен Д., 2005). Психическая травма как последствие стресса бывает тяжелее самого стресса, может провоцировать саморазрушающее поведение (Аверьянов В. В., 2006). Отреагирование ситуации психической травмы требует определенного времени. Чем сильнее была травма, тем больше необходимо времени на то, чтобы справиться с ней, времени, в течение которого человек горюет.

Горе (bereavement) – это растянутый во времени, включающий в себя множество изменений процесс переживаний, связанный с психологической, поведенческой, социальной и физической реакциями на утрату. К. Е. Изард выделял биологическую и социальную функции горя (Изард К., 1980).

Горе – естественный процесс, и его отсутствие может указывать на отклонение от нормы, быть признаком патологии. Это специфическое субъективное чувство, сопровождающее утрату, зависящее от индивидуального восприятия человеком утраты и не требующее социального признания или оценки окружающих.

В основе психологических причин горя лежит один общий фактор: ощущение потери ценного и любимого, того, к чему имелась сильная аффективная привязанность (Изард К., 1980). Горе тем сильнее, чем сильнее привязанность к утерянному объекту. На переживание горя влияют когнитивное, эмоциональное, социальное развитие, культурно-этнические особенности, религиозные верования. Горе сопровождается трауром и скорбью.

Траур (mourning) – это культурно обусловленная и/или публичная демонстрация горя через поведение индивида и осуществление принятых в культуре ритуалов. Это процесс, благодаря которому может быть структурирован и завершен цикл переживания горя.

Скорбь включает в себя весь комплекс эмоциональных, соматических и социальных процессов, вызванных смертью близкого человека, переживание потери (Guidelines for health care., 2001). В некотором смысле можно сказать, что процесс скорби представляет

собой медленное ослабление связи с умершим. Умерший человек уже предстает не в физическом смысле, а интегрируется во внутренний мир.

Ситуация прерывания беременности, потери пренейта или новорожденного существенно отличается от ситуаций, возникающих при иных утратах (утрате статуса, трудоспособности, материальных ценностей, близкого человека и пр.). Это сложнейший биопсихосоциальный феномен. В его биологическом аспекте лежит значительный физиологический стресс, при котором существует реальная или воображаемая угроза жизни и здоровью самой женщины. Прерывается начавшееся формирование диады «мать – пренейт», сопровождающееся перестройкой гормонального фона женщины, изменениями обмена веществ, биоэлектрической активности ее головного мозга и пр. При прерывании беременности биологические характеристики не сразу приходят в норму, а восстанавливаются постепенно. В связи с этим после прерывания гестации женщина может испытывать физиологические симптомы беременности еще в течение некоторого времени, что, как правило, воспринимается тягостно. Отягчающим обстоятельством является то, что само прерывание беременности часто сопровождается болью, кровянистыми выделениями или кровотечением, хирургическими манипуляциями, а иногда и расширенным оперативным вмешательством (например, в случае выявления внематочной беременности, экстренном кесаревом сечении). Сочетание физиологического стресса с отягчающими социокультурными и психологическими факторами дает в результате сложную картину травмирующего опыта («взаимодействующая травматиация» по Эмерсону) (Эмерсон В. Р., 2005). При этом возрастает вероятность риска развития осложненного переживания горя.

Специфика такой формы утраты, как потеря беременности и гибель новорожденного, определяется во многом тем, что эмоциональная связь родителей с плодом возникает еще до рождения. Родители формируют свои надежды и мечты о себе как о родителях и о своем ребенке, который является продолжением их жизни. Его рождение помогает им справиться со страхом смерти, хотя это и не осознается. Потерянные образы и проекции представляют собой основные вторичные потери, в том числе и относящиеся к себе, которые должны быть оплаканы вне зависимости от возраста ребенка. И даже в случае смерти до рождения несостоявшиеся родители очень интенсивно переживают символическую утрату. Поэтому в сравнении с другими видами переживания потери родительское горе особенно сложно и длительно, с сильными и не всегда явно связанными изменениями симптомов с течением времени. Особенности перинатальной утраты обусловливают определенные преграды, мешающие несостоявшимся родителям переживать горе и быть в трауре (Rando T. A., 1993).

Во-первых, утрата есть, но у женщины и мужчины могут возникать трудности ее признания, так как смерть ребенка нарушает их базовую родительскую функцию и противоречит законам природы.

Во-вторых, в обществе распространено облегченное отношение к такой утрате, так как умерший младенец не успел социализироваться, развить самосознание, «ничего не понимал». Поэтому для большинства окружающих эта потеря не является реальной, а потому право родителей на длительное горе и полноценное переживание процесса горя не признается. В то же время пара, чья первая беременность заканчивается утратой, не считается выполнившей переход в родительство и, соответственно, не приобретает статус взрослости.

В-третьих, при потере беременности или смерти новорожденного нет выраженного феномена отсутствия, а потому нет и сигнала об утрате. Это создает трудности интернализации факта, что смерть действительно произошла. «Не стало того, кого как бы еще и не было», – утешал одну из моих пациенток муж. Она с этим не соглашалась. Для нее, части диады, ребенок был! У несостоявшихся родителей, особенно у отца, слишком мало материала для реалистических воспоминаний об умершем и о взаимоотношениях с ним. К тому же роль родителя предполагает большую активность и требует определенного ролевого пове-

дения, поэтому ее сложно переструктурировать и перевести в здоровый интрапсихический план (Guidelines for health care…, 2001). Таким образом, с потерей ребенка любого возраста у родителей возникает целый комплекс физических и символических утрат: утрата внешнего объекта, утрата значимого другого (объекта привязанности), утрата статуса (родительства), утрата будущего, утрата стадии жизненного цикла, утрата надежды, мечты, творения, части себя, семьи, друг друга, поколебленная самооценка и экзистенциальная потеря. Экзистенциальная потеря, ассоциированная с перинатальной потерей, очень часто недооценивается как пациентами, так и специалистами. Суть ее можно выразить так: когда умирает родитель, человек теряет свое прошлое, а когда умирает ребенок, человек теряет свое будущее. Для женщины утрата ребенка – это сочетание утрат себя беременной, чувства принадлежности к диаде, единения с плодом, утраты ожидаемого материнства и утраты особого внимания к себе. Снижается самооценка, подрывается вера в свои силы, так как женщина перестает доверять своему телу, которое не справилось с задачей вынашивания и рождения ребенка. Это может усугубляться болезненными замечаниями по этому поводу окружающих, особенно мужа, что оказывает большое влияние на переживание утраты, существенно отличает переживания перинатальных потерь от других типов (Guidelines for health care., 2001).

Горе как процесс переживания перинатальной утраты

Процесс переживания горя играет большую роль в ситуации утраты. Благодаря горю человек смиряется с потерей, привыкает жить с ней.

Условно принято разбивать горе на несколько стадий, количество которых варьируется у разных авторов. Исследователи выделяют три (Добряков И. В., Колесников И. А., 2006; Kay J., Roman B., Schulte H. M., 1997; Parkes C. M., 1987; Rando T. A., 1993 и др.), четыре (Костерина Е. М., 2004; Davidson G., 1984 и др.) стадии горя и более. Однако при этом нет принципиальной разницы в описании последовательной смены эмоциональных и соматических реакций. Практически все исследователи указывают, что цикл горя может длиться до двух лет, дальнейшее проявление описанных симптомов может свидетельствовать о развитии патологического процесса переживания горя. Другие источники предполагают, что цикл горя вследствие смерти ребенка может в норме длиться до пяти лет.

Наиболее распространенная классификация процесса переживания горя включает в себя четыре стадии (Davidson G., 1984).

Стадия 1. Шок, ступор, протест. Продолжительность этой фазы от нескольких часов до двух недель. Именно в этот период времени, как правило, отмечаются максимальные проявления горя.

Когда женщина узнает о фатальном исходе беременности, о том, что ее ребенок умер в утробе, или о вынужденной необходимости сделать аборт, она впадает в так называемое состояние шока. Она не может поверить в реальность происходящего, в памяти еще свежи недавние ощущения шевеления плода, и тем более образ, представления, фантазии о ребенке невозможно подвергнуть изменениям. Женщина находится в состоянии оцепенения и может производить впечатление оглушенного или сонного человека. Особенно тяжелые переживания возникают у женщин на больших сроках беременности (Троицкая-Смит А., 2001). Им предстоит рожать, зная, что ребенок мертв. Это, как правило, приводит к слабой родовой деятельности, к послеродовым осложнениям.

Ступор, в который впадает женщина, является защитной реакцией. В то же время отмечаются затруднения концентрации внимания, потеря чувства времени, трудности в оценке ситуации и принятия решений, эмоциональные всплески. Нередко ее гнев направлен на врачей, не сумевших предотвратить смерть. Эти симптомы особенно обостряются во время

ключевых годовщин утраты, например во время ориентировочного срока родов, через год после утраты.

Стадия 2. Поиск и тоска. В среднем продолжается от двух недель до трех месяцев. Это очень болезненный период. Мысли о погибшем ребенке приобретают доминирующий характер. Воспоминания о нем болезненны, но они необходимы для перехода на следующую стадию. Поэтому не следует призывать женщину «не думать» об умершем, тем более что это невозможно. Факторами, дестабилизирующими психическое состояние, являются вещи и игрушки детей раннего возраста, дети и коляски, встречающиеся на улице, звонки и встречи людей (друзья, знакомые, коллеги по работе), не знающих о трагедии или, наоборот, назойливо выражающих соболезнование.

Типичные переживания женщины в этот период – чувство вины («не смогла уберечь ребенка», «не смогла зачать здорового ребенка»), одиночества, отчаяния, ощущение пустоты и бессмысленности существования. Наблюдается повышение конфликтности. Все раздражает, окружающие могут вызывать злость и гнев. У верующих может появиться гнев на Бога. Некоторые, наоборот, обращаются к религии. У женщины отмечаются проблемы со сном, аппетитом, колебания веса, головные боли, упадок сил, тахикардия. Она часто вздыхает, плачет. Женщина, потерявшая ребенка, нередко испытывает дискомфортные ощущения в руках, часто неосознанно берет в руки и носит предметы, соответствующие весу младенца. После потери ребенка во второй половине беременности некоторые женщины ощущают фантомные шевеления плода, иногда испытывают аффектогенные обманы восприятия: жалуются, что слышат плач ребенка, ощущают его присутствие в доме. Для многих характерно навязчивое желание забеременеть снова как можно скорее. Реже возникает резко негативное отношение к возможности забеременеть снова, женщина не хочет больше беременеть никогда.

Стадия 3. Дезориентация. Наступает обычно примерно между пятым и девятым месяцами после утраты, может длиться год и более. Во время этой фазы приходит, наконец, осознание реальности утраты. При этом возникает или обостряется чувство вины, своей неполноценности, несостоятельности. Часто после этого человек стремится к социальной изоляции, примеряет на себя роль больного. На фоне подавленного настроения еще больше нарушается способность концентрировать внимание, повышается утомляемость, ухудшается память, снижаются активность, трудоспособность. Могут появляться мысли о «сумасшествии», страх сойти с ума. Продолжаются снижение аппетита, колебания веса, бессонница.

Стадия 4. Реорганизация. Наступает приблизительно между восемнадцатым и двадцать четвертым месяцем после утраты. При благоприятной семейной ситуации (особенно при гармоничных супружеских отношениях), в случае оказания женщине своевременной адекватной психологической помощи, симптоматика постепенно купируется. Восстанавливается социальный и эмоциональный контакт с окружающим миром. Женщина более адекватно оценивает ситуацию, начинает видеть перспективы дальнейшей жизни, строить реальные планы на ближайшее и отдаленное будущее. Женщина прощается с ушедшим, учится сохранять память о нем и в то же время жить в настоящем. Субъективно улучшается самочувствие, стабилизируется режим сна и питания. Проходит ангедония: возвращается способность спонтанно улыбаться и радоваться, получать удовольствие, женщина начинает следить за своей внешностью. Жизнь снова приобретает смысл.

Хотя в этой классификации выделенные стадии следуют друг за другом, нужно иметь в виду, что в предложенных временных промежутках описывается наиболее выраженная симптоматика, но отмечается она на протяжении всего цикла переживания горя. Особенности проявлений и течения процесса переживания горя зависят от характера утраты, семейной ситуации, индивидуальных личностных особенностей скорбящего, этнической и религиозной принадлежности и пр.

Переживание перинатальной утраты в семье

Заблуждением было бы считать, что глубокому психологическому стрессу при перинатальной потере подвержены только женщины. Ситуация потери ребенка провоцирует переживание горя и являет собой фактор риска нарушений функционирования как всей семейной системы, так и отдельных ее членов.

Переживание перинатальной утраты супругами

Хотя оба родителя сталкиваются со смертью своего общего ребенка, каждый из них переживает собственную потерю и проходит через индивидуальный процесс переживания горя.

Женщины проявляют больше эмоций вне зависимости от срока потерянной беременности, пользуются большим сочувствием окружающих.

Мужское горе имеет свои характерные особенности. Многие мужчины пытаются уменьшить остроту переживаний по поводу смерти ребенка с помощью рационализации, искусственно увеличивая произвольную деятельность. Глубина и длительность переживания мужчин также коррелирует со сроком беременности, на котором произошла утрата. Социальное признание отцовского горя, вызванного утратой беременности или новорожденного, еще ниже, чем в отношении матери: мужчине предписывается быть эмоционально сдержанным, активным и оказывать поддержку жене. Нередко он оказывается в положении наблюдателя, лишенного права эмоциональной включенности в ситуацию. Это может вызывать попытку рационального подавления своих эмоций и привести к депрессивному состоянию.

Несостоявшиеся родители практически никогда не оказываются в одной и той же фазе цикла, их реакции не бывают абсолютно одинаковыми. Проблемы могут также возникнуть в отношении возобновления половых отношений. Когда один из партнеров ищет близости, другой может испытывать снижение либидо или рассматривать половые контакты как кощунственные в отношении памяти ребенка. Такая неконгруэнтность является распространенным явлением. Существует большое разнообразие того, как супружеские пары реагируют на перинатальную утрату. Она проверяет гармоничность супружеских отношений. Если они гармоничны, горе объединяет, супруги вдвоем стараются справиться с ним, помогают друг другу. Если супружеский холон дисфункционален, отношения мужа и жены резко ухудшаются, характеризуются взаимными обвинениями. После перинатальной потери 12 % пар принимают решение расстаться (Guidelines for health care., 2001). От функционирования супружеского холона во многом зависит функционирование всей семейной системы. При гармоничных отношениях супругов их внешние связи еще более укрепляются, они получают существенную поддержку со стороны расширенной семьи и друзей. В противном случае большинство навсегда теряют отношения с некоторыми близкими: родственниками, друзьями, коллегами (Morland L. A., Leskin G. A., Block R. C. et al., 2008).

Переживание перинатальной утраты в семье детьми

Если речь идет о перинатальной утрате в семье, где уже есть дети, нужно учитывать их переживания, во многом являющиеся индукцией и имитацией переживаний взрослых, реакцией на услышанные разговоры, иногда ссоры и взаимные обвинения, проявления траурных церемоний. При этом у сиблингов появляется симптоматика горя, напоминающая симптоматику, наблюдаемую ими у родителей. Взрослые, поглощенные своими переживаниями, к

сожалению, часто не обращают внимания на детей, не оказывают им поддержки. Дети при этом чувствуют себя отверженными. Другие родители, наоборот, ищут помощи у детей, проявляют повышенную тревогу по поводу их здоровья, тем самым ухудшая их состояние.

Ситуация смерти сибса провоцирует у ребенка повышение тревоги, появление соответствующих мыслей, страхов, гипотимии. Он может начать винить себя за то, что не хотел рождения сиблинга и что теперь из-за него от расстройства умрет мама или кто-нибудь еще, а может быть, и он сам, так как «заслуживает смерти» (Guidelines for health care., 2001). Это уже не просто гипотимия, а депрессивные переживания. У детей они часто маскируются и проявляются нарушениями поведения. Дети бурно и безуспешно пытаются отвлечь внимание родителей от мыслей о мертвом ребенке, вызывая у взрослых только раздражение. Последующие наказания лишь усугубляют ситуацию.

Особенности переживаний перинатальной потери в семье детьми, безусловно, зависят от многих факторов. Это и возраст ребенка, и состав семьи, взаимоотношения ее членов, и тип семейного воспитания, и степень выраженности дезадаптации матери, отца, близких, и многое другое. Важно быть внимательными к детям, уважать их чувства, сохранять открытую и честную манеру коммуникации.

Переживание перинатальной утраты несостоявшимися прародителями

Прародители одновременно переживают утрату своего внука и испытывают боль за своих детей. Так же, как родители ребенка должны отдать родительский долг своему ребенку, прародители испытывают желание позаботиться о своих детях. И хотя подобная забота исходит лишь из благих намерений, она может лишить родителей ребенка возможности отдать ему свой родительский долг. При этом горе бабушки и дедушки также реально и должно быть признано как самими родителями, так и близкими (Guidelines for health care…, 2001). Так же, как и родители, бабушки и дедушки теряют часть своего будущего.

Они могут испытывать значительное чувство вины, что они живы, а их внук умер.

Они могут испытывать сильный гнев, который может быть направлен на себя, за то, что не смогли защитить своего ребенка от боли утраты, на своих детей, скорбящих родителей, за то, что не принимали их помощи, поступали не так, как им советовали. Чаще гнев направлен на зятя или невестку.

Очень часто гнев активно направляется на медперсонал, и именно бабушки и дедушки являются инициаторами жалоб и тяжб в отношении медицинских работников.

Особенности переживаний перинатальной утраты в различных ситуациях

Способность женщины справляться с ситуацией на первой неделе после потери является предиктором того, как она будет переживать ее дальше. В целом отдаленные эмоциональные реакции нехарактерны. Риск их возникновения увеличивается при наличии ряда неблагоприятных факторов.

Таким фактором может быть особое отношение женщины к своей утраченной беременности, которая была очень желанной, долгожданной. Возможно, это связано с тем, что она долго не могла забеременеть или у нее в анамнезе имеется самопроизвольное прерывание беременности (хуже, если не одно). Играют негативную роль и неожиданность выкидыша, прерывание беременности на большом сроке. Значение имеют и личностные особенности женщины, склонность к аффективным расстройствам, сложные социально-бытовые условия, супружеская дисгармония или отсутствие мужа, отсутствие социальной поддержки.

Нужно иметь в виду, что наличие в анамнезе беременной женщины перинатальной утраты также указывает на то, что она должна быть включена в группу риска. Причем речь идет не только о ее физическом здоровье, о качестве вынашивания, но и о психическом здоровье женщины. У таких женщин постоянно повышенные показатели частоты сердечных сокращений, артериального давления дополнительно повышаются перед каждым очередным осмотром врача (Cote-Arsenault D., Bidlack D., 2001). Они нуждаются в особом врачебном наблюдении и психологическом сопровождении (Мальгина Г. Б., 2002). Даже при отсутствии нарушений соматического здоровья при нормальном течении беременности, когда ничто не предвещает осложнений, существует опасность рождения преждевременного и/или маловесного ребенка (Heinonen S., Kirkinen P., 2000). Даже в случае благополучного родоразрешения велика вероятность, что тревожная мать будет строить симбиотические отношения с ребенком, препятствовать его развитию, воспитывать по типу тревожной гиперпротекции.

Кроме перечисленного процесс переживания горя может осложнять и специфика ситуации, в которой произошла утрата.

Особенности переживаний перинатальной утраты в ситуации спонтанного прерывания беременности на раннем сроке

В ситуации спонтанного прерывания беременности на раннем сроке особенно трудным может оказаться сочетание остроты, внезапности ухудшения состояния и неясности диагноза, наличие факта гибели ребенка и отсутствие тела, которое нужно похоронить. Женщине может мучительно не хватать воспоминаний о проведенном вместе времени, о том, что можно хранить в памяти и о чем можно горевать. Символические утраты, переживание которых еще менее подкреплено какими-либо установленными траурными ритуалами или адекватной социальной поддержкой, в подобных ситуациях выходят на первый план (Brier N., 1999). Поэтому в случае выкидыша следует ориентироваться на то, насколько понятие «беременность» для женщины и ее близких приближалось по значению к понятию «ребенок». При этом, даже если субъективно женщина воспринимает выкидыш как облегчение и разрешение проблемы, нельзя упускать из вида, что на психофизиологическом уровне потеря беременности вызывает гормональную дестабилизацию, эмоциональные проявления которой не связываются пациенткой со спонтанным и даже намеренным прерыванием беремен-

ности. В частности, описывается такой феномен, как постабортный синдром (ПАС), который характерен и для женщин, перенесших намеренное искусственное прерывание беременности. Они могут испытывать ярко выраженное чувство вины и болезненное желание «восстановиться», видеть кошмарные сновидения с тематикой искусственного аборта. Хотя ПАС и не выделяется как отдельная нозологическая единица, С. Гомес Лавин (C. Gomez Lavin) и Р. Запата Гарсия (R. Zapata Garcia) проводят параллели ПАС с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Они выдвигают предположение, что ПАС является разновидностью ПТСР (Gomez Lavin C., Zapata Garcia R., 2005).

Особенности переживаний перинатальной утраты в ситуации пренатальной диагностики тяжелой патологии

Осложненной также является ситуация, при которой при проведении антенатальной диагностики были установлены тяжелые пороки развития. Это травмирует психику женщины, с этого времени начинается процесс переживания горя. То есть он начинается раньше, чем у родителей, которые узнают о наличии аномалий у своего ребенка после рождения. И те и другие родители могут скорбеть об утрате ожидаемого образа нормального ребенка, о крушении своих надежд и мечтаний о его будущем. Чувство скорби может сочетаться с тяжелым чувством ответственности за состояние ребенка и обвинением себя за тайные желания того, чтобы ребенок не выжил. Если по причине выявленной тяжелой патологии родители решаются прервать беременность, то многие, несмотря на то, что считают решение правильным, продолжают мучиться и предаваться сомнениям. Для них характерны амбивалентные эмоции: с одной стороны, может появиться чувство облегчения оттого, что рождение ребенка с тяжелой патологией может быть предотвращено, с другой стороны, переживается чувство вины, связанное с решением прерывания желанной беременности, пусть и по необходимости (Guidelines for health care., 2001).

Особенности переживаний перинатальной утраты в ситуации смерти одного из близнецов

Еще одной сложной проблемой является смерть одного из плодов при многоплодной беременности. У родителей при этом возникают смешанные чувства. Окружающие часто совершают ошибку, представляя оставшегося в живых близнеца в качестве утешения родителям. Родители, потерявшие одного из близнецов, могут иметь даже большие трудности в переживании потери, нежели родители, потерявшие одного ребенка. Для них чрезвычайно трудным оказывается необходимость одновременно скорбеть по умершему и радоваться живому новорожденному, выполняя все необходимые родительские функции, включая положительный эмоциональный контакт.

Особенности переживаний перинатальной утраты в ситуации смерти младенца после реанимации

При рождении слабого, больного, но живого ребенка современная медицина, оснащенная мощнейшими технологиями для выхаживания, реанимации и искусственного поддержания жизни младенцев, дает надежду родителем на благополучный исход. Чем больше времени родители находятся в состоянии напряжения, не зная, чем закончатся реанимационные мероприятия, тем выше уровень их тревоги, тем сильнее отчаяние в случае, когда медицина оказывается бессильной. Может возникнуть мучительная ситуация, когда нужно принимать

решение об отказе от реанимационных мероприятий и отключении системы жизнеобеспечения. Однако при этом у родителей есть резерв времени для того, чтобы они могли структурировать свои переживания. Впоследствии это будет способствовать более полноценному переживанию горя. Неожиданная гибель ребенка не позволяет родителям осуществить такое взаимодействие (Workman E., 2001).

Осложнения процесса переживания горя

Ориентируясь в симптомах переживания горя в зависимости от временного промежутка, прошедшего после утраты, непременно учитывая индивидуальные особенности клиента и ситуацию утраты, консультант может отслеживать норму и патологию проявления горя. Консультант также должен понимать, когда горе принимает осложненные формы и требует терапевтического вмешательства, уметь мотивировать клиента обратиться за дополнительной помощью и разъяснить возможное содержание терапии.

В большинстве случаев процесс переживания горя у женщин после перинатальной потери не приобретает патологических форм, требующих психиатрического лечения (Janssen H. J. et al., 1996). Однако у определенного процента женщин наблюдаются невротические реакции, депрессивные эпизоды, симптомы ПТСР, которые могут потребовать наблюдения у психиатра, фармакологического лечения, психотерапевтического вмешательства.

Когда переживание горя очень интенсивно, оно часто сопровождается чувством вины, неуверенности в своих репродуктивных возможностях, имеет тенденцию трансформироваться в тревожное или депрессивное расстройство (Brier N., 1999). Особого внимания заслуживает появление симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

У женщин, перенесших перинатальную утрату, последние годы все чаще обнаруживается достаточно признаков, позволяющих поставить диагноз ПТСР, имеющий в Международной классификации 10-го пересмотра (МКБ-10) шифр F43.1 (Международная классификация болезней…, 1994). Мощной стрессогенной ситуацией в этом случае является собственно ситуация перинатальной потери. Женщина с подобным расстройством постоянно возвращается в мыслях к подробностям, связанным с утратой, пытается анализировать происшедшее, понять, что она делала не так, ищет виновных среди медицинского персонала. Периодически она старается не думать об этом, но от мыслей не избавиться, т. е. они приобретают навязчивый характер. Ночью тем же содержанием наполнены кошмарные сновидения. Некоторые женщины при этом боятся засыпать. Иногда без видимого повода у таких женщин возникают внезапные яркие чувственные, сопровождающиеся аффективными реакциями воспоминания об эпизодах, связанных с ситуацией утраты (так называемые flashbacks). С большим трудом, далеко не всегда удается обнаружить причину их появления: встреча с женщиной, везущей коляску, телевизионный репортаж о медицинском учреждении и т. п.

С одной стороны, женщины с ПТСР склонны стараться избегать всего, что могло бы напомнить о травме, а с другой – нейтральные текущие события нередко неожиданно ассоциируются у них с ситуациями, связанными с утратой. Для таких женщин характерна блокада положительных эмоций, снижение количества и уровня положительных эмоций, потеря интереса к прошлым значимым формам активности, стремление к одиночеству.

Если подобная симптоматика появляется у женщины в течение одного месяца со дня травмы и не купируется в течение шести месяцев, можно диагностировать *хроническое ПТСР*. Довольно редко, но встречаются случаи, когда описанный симптомокомплекс складывается через шесть и более месяцев после травмы. Такие случаи расцениваются как *отставленное ПТСР*.

Осложнения течения процесса переживания горя являются показанием к лечению женщин у врачей-психотерапевтов. Психологических консультаций и психологического сопровождения таким пациенткам, как правило, недостаточно.

Психологическое сопровождение перинатальной утраты

Значение психологического сопровождения и поддержки женщины и членов ее семьи, переживающей и пережившей потерю беременности (ребенка), велико. Как уже упоминалось, в социуме существует недооценка значимости перенесенной утраты, незнание особенностей переживания горя вообще и переживания горя вследствие утраты беременности и ребенка в частности. В европейской культуре предписывается и одобряется определенный стиль поведения, когда человек, перенесший потерю близкого, проявляет стоицизм, сдержанность эмоций, но в то же время в течение некоторого времени выдерживает траур. Этому способствуют светские и религиозные ритуалы прощания, похорон, соблюдения особых дней и годовщин. В отношении утраты беременности этого практически не существует. Во многих случаях захоронение продуктов зачатия или тела невозможно. Чаще всего умершего ребенка скрывают от матери, считая, что это принесет дополнительный стресс, и если тело передается родственникам для захоронения, это делается в отсутствие матери.

В медицинской практике постсоветского пространства каких-либо алгоритмов сопровождения женщины в процессе или сразу после утраты беременности и ребенка, к сожалению, не выработано.

В медицинской практике западных стран основная роль в сопровождении эмоциональной реакции на потерю отводится среднему медицинскому персоналу, прошедшему соответствующую подготовку. Психолог и психотерапевт рассматриваются как специалисты, работающие с патологической ситуацией. Консультирование потери предполагает сопровождение нормального течения процесса горя. Медперсоналу предписывается быть внимательными к нуждам семьи, переживающей утрату.

В остром периоде основная задача сопровождения перинатальной утраты в медицинском учреждении сводится к помощи в актуализации утраты и осознания ее реальности, в выражении эмоций по этому поводу. Этому способствует включение в протокол сопровождения пациентки специфических действий для оказания поддержки ей и членам ее семьи, если только это не вызывает резкого отвержения или не противоречит их религиозным принципам.

Женщине предлагаются варианты процедур, о желательности или нежелательности которых ее предупреждают. В частности, по возможности не рекомендуется сильное обезболивание или наркоз в случае ведения родов мертвым плодом. Женщина на чувственном уровне должна пройти через процесс родов, чтобы завершить гештальт беременности и рождения ребенка. По желанию пациентки на родах может присутствовать кто-нибудь из родственников. Плод или содержимое матки сохраняется в течение некоторого времени до вскрытия или гистологического исследования для того, чтобы родители и другие близкие смогли увидеть, потрогать, оплакать и попрощаться либо убедиться, что ребенка увидеть нельзя. В течение некоторого времени после родов или кесарева сечения, когда у матери может быть выраженное шоковое состояние или не закончено действие наркоза, либо спустя несколько часов, если тело было в холодильнике, ребенка укрывают пеленками и поддерживают теплым под лампой до того момента, когда мать сможет взять его в руки. Прежде чем ребенка подадут родителям, их предупреждают об особенностях его внешнего вида, будь то следы мацерации, пороки развития или родовые повреждения. Взгляд на ребенка с аномалиями развития с точки зрения постороннего человека очень отличается от взгляда с точки зрения любящего родителя. Часто родители видят лишь красивые черты, в то время как деформированные части не имеют такого значения. Однако многие уродства, если это возможно,

лучше скрыть одеждой или пеленкой. Медработникам, возможно, придется поощрить родителей провести время с ребенком.

Этот момент является одним из самых важных и эмоционально окрашенных при обсуждении проблемы с российскими медработниками и психологами. Практически в нашей стране матери редко предоставляют возможность увидеть мертвого новорожденного до вскрытия и попрощаться с ним. Практически никогда матери не показывают труп плода, погибшего в антенатальном периоде, со следами мацерации или пороками развития. Это делается с благой целью защитить мать от сильного эмоционального потрясения. Однако при этом не учитывается, что эмоциональное потрясение и так сильно, а фантазия часто оказывается страшнее реальности, и именно фантазии об ужасных пороках на теле своего ребенка могут преследовать женщину всю жизнь, а не картина истинных повреждений и уродств. П. Р. Секстон (P. R. Sexton) и С. Б. Стефен (S. B. Stephen) установили, что 100 % матерей, у которых младенцы родились со следами мацерации или с уродствами, посчитали положительным тот факт, что им удалось посмотреть на своих мертвых детей, подержать их, попрощаться… (Sexton P. R., Stephen S. B., 1991) Кроме того, возможность физического контакта и манипулирования с рожденным телом позволяет дополнить гештальт деторождения и выполнения своего родительского долга. По возможности родителям предлагается самим искупать ребенка, одеть в приготовленную заранее одежду. О ребенке говорят, называя его по имени, если родители дали его ему, в том грамматическом роде, который соответствует полу ребенка, если он идентифицируется. Такая персонификация придает дополнительную значимость утрате.

Когда ребенок находится в терминальном состоянии и решается вопрос о снятии его с интенсивной поддержки жизнеобеспечения, родителям предлагается попрощаться с ним, предоставляя для этого достаточное время. Затем ребенок снимается с аппарата и под воздействием болеутоляющих средств снова передается родителям для того, чтобы они находились с ним до самого конца. Родители никогда не остаются без внимания со стороны медицинского персонала. Медсестра или социальный работник практически постоянно находятся рядом и по необходимости дают рекомендации или фасилитируют процесс (Workman E., 2001).

Национальные, религиозные, культурные традиции, сопровождающие смерть, разумеется, влияют на течение процесса переживания горя, однако были сформулированы универсальные рекомендации, следование которым способствует оптимальному его течению (Kumar P., Angst D. B., Taxy J., Mangurten H. H., 2000). Они представлены в табл. 6.

Таблица 6

Что надо говорить и делать	Чего не надо говорить и делать
Нужно говорить: • «Я сожалею» • «Я бы хотел, чтобы все кончилось иначе» • «Я не знаю, что сказать» • «Мне грустно» • «Я сочувствую вам» • «Есть ли у вас вопросы?» • «Мы можем снова поговорить об этом немного позже»	Нельзя говорить: • «Так лучше» • «Могло быть хуже» • «У вас еще могут быть дети» • «Время лечит» • «Хорошо, что ребенок умер, пока вы еще не привыкли к нему»
Следует: • Использовать простой стиль речи • Выслушивать родителей • Честно отвечать на вопросы • Не скрывать эмоции • Прикасаться к ребенку	Не следует: • Использовать медицинскую терминологию • Спорить с родителями • Избегать вопросов, отмалчиваться

В США, где важное место в жизни граждан занимает религия, медработникам предписано учитывать религиозные верования родителей, предлагая услуги священнослужителя соответствующей конфессии. Крещение терминального ребенка очень распространено и рутинно предлагается родителям христианских конфессий. Они сами выбирают, соглашаться им или нет. Часто помощь священника может быть необходимой не столько родителям, сколько другим родственникам. Кроме того, священники могут оказывать поддержку персоналу. Если же ребенок родился мертвым, то любой медицинский работник или сами родители могут произнести слова благословения, что записывается в специальный бланк, так же как и свидетельство о крещении. Эти документы отдаются родителям вместе с другими памятными предметами. Сбору этих памятных предметов, которые впоследствии должны напоминать о реальности существования ребенка, способствовать формированию светлых и теплых воспоминаний о нем и в конце концов интернализировать утрату, уделяется очень много внимания. Это могут быть идентификационные браслеты, отпечатки ступней и ладоней, запись антропометрических данных, открытки с соболезнованиями от персонала и близких, волосы ребенка, средства гигиены, которыми обрабатывалось тело, фотографии и те предметы, которые на них отображены.

На фотографировании умершего ребенка нужно остановиться отдельно. Снимки делаются всегда, кроме тех случаев, когда этому противоречат религиозные верования родителей. Их выполняет либо сам консультант, либо специальный фотограф, и эти фотографии не демонстрируются никому, кроме консультанта и родителей. Часто родители вначале не дают согласия на фотографирование или отказываются забирать сделанные фотографии. Впоследствии абсолютное большинство из них востребуют фотографии своего ребенка. Бывает, что это происходит годы спустя, и персонал бережно и конфиденциально хранит снимки. Ребенок фотографируется одетым, рядом с ним укладываются какие-либо предметы: игрушки, цветы, поделки, символические предметы, которые потом также сохраняются родителями на память о своем ребенке. Обладание предметами, присутствующими на фотографии рядом с умершим, подтверждает реальность рождения ребенка и его смерти, способствует трудному процессу примирения с утратой. Часто родители, родственники выражают желание сфотографироваться вместе с мертвым ребенком, священником, осуществляющим крещение, медперсоналом. Это свидетельствует о признании реальности жизни и смерти ребенка ближайшим социумом.

Консультант предоставляет родителям возможность для общения, осуществляет связи с необходимыми специалистами, приглашает родственников по желанию семьи, информирует и дает рекомендации по переживанию потери.

Он также продолжает поддерживать контакт с семьей уже после выписки, посещает похороны, навещает семью, обязательно делает контрольные звонки, во время которых беседует, интерпретирует «нормы» поведения, рассказывает об индивидуальных различиях, дает рекомендации по взаимодействию внутри семейной системы. Активную работу ведут группы поддержки, куда семья по возможности направляется. Встречи групп происходят один-два раза в месяц и имеют определенную тематику. Консультант по сопровождению утраты должен обладать достаточными навыками, чтобы вовремя определить отклоняющееся поведение кого-либо из членов семьи и направить его к специалисту в области терапии утраты. Кроме консультанта в команду специалистов входят социальные работники, поставщики ритуальных услуг, священнослужители. Обычно они придерживаются одинаковых теоретических взглядов на проблемы оказания помощи при перинатальной утрате. Таким образом, осуществляется длительная поддержка и мониторинг возможных отклонений.

Специалист, выполняющий функции координатора, кроме администрирования осуществляет также и психологическую поддержку самого персонала, следит за взаимодействием, преемственностью в работе, на него также возложены задачи профилактики развития синдрома профессионального выгорания.

Благоприятным фактором является также наличие в продаже, а также в виде раздаточного материала большого количества литературы и брошюр, содержащих информацию и рекомендации по переживанию практически любого вида утраты. Члены семьи, перенесшей перинатальную утрату, с терапевтической целью побуждаются к творческой деятельности: рисованию, музицированию, ведению дневника, сочинению стихов и пр. Кроме традиционных, проводятся различные ритуалы: посадка дерева, написание прощального письма, благотворительный взнос, зажигание свечи и т. п. В США ежегодно в октябре приводится марш в память об умерших младенцах, в котором могут принять участие не только члены семьи, но и друзья, медперсонал, работающий в этой области.

Глава 9
Организация и работа психотерапевтического кабинета в женской консультации

Обязанности и задачи перинатального психолога психотерапевтического кабинета женской консультации

В настоящее время в нашей стране, руководствуясь «Положением о психотерапевтическом кабинете», в составе территориальной поликлиники (приложения 7 и 9 к Приказу Минздравмедпрома России от 30 октября 1995 г. № 294), при женских консультациях открываются психотерапевтические кабинеты. В кабинете психотерапевта (медицинского психолога) женской консультации могут работать:

• медицинский психолог – специалист с высшим психологическим образованием, получивший дополнительную подготовку в учреждении или на факультетах последипломного образования по медицинской психологии и перинатальной психологии и психотерапии;

• врач-психотерапевт, прошедший в учреждении последипломного образования цикл тематического усовершенствования «Перинатальная психология, психопатология и психотерапия».

Эти специалисты должны владеть методами психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, предусмотренными программой тематического усовершенствования. Они подчиняются главному врачу женской консультации и его заместителю. В их обязанности входит:

• проводить беседы и занятия с персоналом женской консультации по основам перинатальной психологии, особенностям общения с беременными женщинами и их родственниками, деонтологии, консультировать их по конкретным случаям;

• оказывать помощь сотрудникам женской консультации в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем;

• с целью психопрофилактики принимать участие в работе курсов дородовой подготовки беременных, занятиях школы молодой матери;

• проводить скрининговое обследование беременных женщин с целью выявления группы риска по возникновению нервно-психических расстройств;

• работать с выявленными пациентками и членами их семей;

• консультировать пациенток, направляемых акушером-гинекологом в связи с выявленными у них нарушениями течения беременности, для выработки у пациенток адекватного к этому отношения;

• осуществлять консультативную работу по оценке и купированию неотложных нервно-психических расстройств;

• совместно с акушером-гинекологом разрабатывать план психокоррекционной работы с пациенткой, учитывающий ее индивидуальные особенности;

• проводить индивидуальные сеансы с пациентками, включающие углубленную психодиагностику, психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию;

• совместно с акушером-гинекологом оценивать эффективность проводимых психопрофилактических, психокоррекционных и лечебных мероприятий;

• повышать свою квалификацию в области медицинской и перинатальной психологии, психотерапии на циклах усовершенствования в учреждениях и на факультетах последипломного образования не реже одного раза в 5 лет;

• внедрять в практику современные методы психопрофилактики, психодиагностики, психокоррекции, психологического консультирования, психотерапии.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 27 сентября 1997 г. № 43 клинические психологи (а значит, и перинатальные психологи) имеют те же льготы, что и врачи, по оплате труда, продолжительности оплачиваемого отпуска, по аттестации на квалификационные категории.

Для обеспечения работы психотерапевтического кабинета в женской консультации должны быть выделены помещения для индивидуального приема пациенток, членов их семей, проведения сеансов релаксации, арт-терапии, групповых занятий.

Основными задачами работы психотерапевтического кабинета женской консультации являются:

• психопрофилактическая работа с беременными женщинами и членами их семей;

• психодиагностическая работа с целью выявления группы риска, формирование мотивации на получение психологической и психокоррекционной помощи;

• психологическая и психокоррекционная и при необходимости психотерапевтическая помощь беременным женщинам и членам их семей (психотерапия осуществляется врачом-психотерапевтом);

• повышение знаний персонала женской консультации в области психопрофилактики, деонтологии, психосоматики, перинатальной психологии, психопатологии и психотерапии.

Кабинет должен иметь помещение для организации индивидуального приема (площадь14-20 $м^2$), кабинет для групповых занятий дородовой подготовкой, релаксационных сеансов, семейных консультаций и пр. (площадь 22–35 $м^2$). Помещения должны хорошо проветриваться, иметь мягкое, рассеянное освещение, быть звукоизолированными. Оформление помещений (облицовка стен, ковровые покрытия, приборы бокового освещения, комнатные растения, картины и пр.) должно способствовать решению терапевтических задач. В набор мебели могут входить письменный стол, журнальный столик, мягкие кресла с высокой спинкой и подголовниками, шкаф для одежды, книжная полка. Кабинет должен быть оборудован музыкальным центром, видеомагнитофоном, стереофоническими наушниками, телевизором, компьютером с программным обеспечением и принтером, диктофоном, секундомером, аппаратом измерения давления, набором цветных карандашей, мелков, красок, бумаги для арт-терапии, набором диагностических психологических методик.

Организация приема пациенток в психотерапевтическом кабинете женской консультации

Первичный прием перинатальным психологом женщины может происходить при постановке на учет на сроках беременности до 20–22 недель. При этом ей может быть предложена диагностическая беседа, которая длится не менее 30 минут. Основной целью этого приема является формирование мотивации и запроса на психологическое сопровождение во время беременности, обучение на курсах дородовой подготовки.

В задачи этого приема входит:

1. Установление комплаенса.
2. Сбор анамнеза.
3. Первичная скрининг-диагностика.
4. Информирование о системе работы психологического кабинета женской консультации. Разработка индивидуального алгоритма прохождения курса Школы молодых родителей.

Первый личный контакт психолога и пациентки очень важен для установления комплаенса. Поэтому беседа с консультантом должна проходить в атмосфере эмпатического принятия. Женщине разъясняются цели направления ее к психологу, роль психологического компонента в протекании беременности, необходимость разделения ответственности между ней самой и специалистами, наблюдающими беременность. В ходе сбора анамнеза выясняется социально-психологический портрет пациентки, основные моменты ее соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, ее матримониальный статус, стадия зрелости супружеского холона, количество и возраст детей, мотивы беременности, отношение семьи к беременности, особенности ее протекания. Выясняется также мотивация и запрос на психологическое сопровождение беременности, планы относительно подготовки к родам, первого года жизни ребенка, выхода на работу.

Из психологических методик хорошо зарекомендовал себя проективный метод «Семейная социограмма». Он прост, не требует специальной обработки и дает наглядное представление о внутренней картине семьи у беременной. При проведении у супружеской пары тест выявляет схожее восприятие или несоответствия в восприятии семьи обоими супругами, демонстрирует место, отводимое будущему ребенку.

В случае, если беременная встала на диспансерный учет после 12 недель, ей можно предложить методику ТОБ (см. главу 5).

По результатам беседы в случае относительно благополучной медико-психосоциальной картины женщину знакомят с системой психологического сопровождения беременной в женской консультации и планируют приблизительные даты следующих визитов к психологу, ближайшие даты лекций в Школе молодых родителей. Если психолог считает, что требуется углубленная диагностика, он назначает дополнительную консультацию.

Повторную встречу рекомендуется провести на сроках беременности 2427 недель.

Второй триместр беременности является периодом относительной стабилизации гормонального состояния беременной, организм достаточно адаптируется к беременности. Беременность становится заметной стороннему наблюдателю. Заканчиваются все законодательно определенные сроки для искусственного прерывания беременности. В норме женщина принимает факт своей беременности и перспективу дальнейшего материнства.

Сроки 24–27 недель выбраны нами потому, что в соответствии с Приказом Минздрава России «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» от 28 декабря 2000 г. № 457 в целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и

наследственной патологией всем беременным в сроке 20–24 недели проводится пренатальная диагностика в виде скринингового УЗИ либо других методов диагностики.

Беременные знают об этом. Кроме того, этот тип исследования часто для краткости нетактично называется медицинскими работниками «на пороки».

У большинства беременных любой группы риска значительно возрастает тревога в ожидании результатов скрининга. Поэтому обращение к психологу может быть срочным по инициативе женщины или направлению врача акушера-гинеколога с целью снижения субъективного чувства тревоги. Результаты тестирования на этом сроке будут с большой вероятностью невалидны.

Еще одним важным динамическим критерием выбора этих сроков беременности для психологического исследования является тот факт, что после 18–22 недель все беременные отчетливо ощущают шевеления плода. Как показывает в своих работах профессор Г. Г. Филиппова, переживание первого шевеления и дальнейшее отношение к нему является важным прогностическим фактором для формирования дальнейшего отношения к ребенку. Поэтому в ходе беседы следует уделить внимание обсуждению отношения женщины к шевелению пренейта. Ультразвуковое исследование, во время которого женщина с большой вероятностью видела на мониторе своего ребенка и, возможно, узнала его пол, а также ощущение шевелений – все это способствует большей персонификации ребенка и, соответственно, приближает к реальности те фантазии о материнстве, которые были у женщины до этого.

Таким образом, скрининг-диагностика во втором триместре может занимать до 30 минут и должна охватить следующие аспекты:

1. Психологическое тестирование.
2. Интервью о текущем эмоциональном состоянии, семейной ситуации, выявление жалоб, неблагополучных ситуаций.
3. Интервью, посвященное оценке переживания шевелений.
4. Уточнение индивидуального алгоритма прохождения курса психопрофилактики.

Третья встреча может быть запланирована на сроке 35–37 недель. К этому сроку женщина уже заканчивает прохождение курса дородовой подготовки, выбирает родовспомогательное учреждение, готовит дом к появлению ребенка. Доминанта беременности подходит к концу, но еще не переходит в доминанту родов. Поэтому на этом сроке психолог имеет возможность оценить эмоциональное состояние женщины накануне родов, готовность ее и семьи к родам и настрой на материнство. В то же время оставшиеся 2–4 недели можно использовать для коррекции в случае выявления неблагоприятной картины.

Психопрофилактическая работа психотерапевтического кабинета женской консультации

Специалисты психотерапевтического кабинета (перинатальный психолог, психотерапевт) должны координировать психопрофилактическую работу в женской консультации, которая строится по нескольким направлениям:

1. Работа по созданию перинатального комплаенса.
2. Работа по профилактике ятрогений, психологогений, дидактогений и гестогений.
3. Психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам.
4. Дородовая подготовка беременных.

Работа по созданию перинатального комплаенса

Специалисты в области перинатальной психологии и психотерапии знают, насколько успешность в их работе зависит от готовности пациенток выполнять рекомендации специалистов, от их взаимопонимания и доверия.

С другой стороны, опытный, тонкий клиницист Д. В. Винникотт отмечал, что «если бы доктор, или медсестра, или какой-либо другой помощник не вмешивались бы в естественные, тончайшие процессы отношений матери и младенца, нарушений в развитии, возможно, не последовало бы» (Винникотт Д. В., 1994, с. 50–51). Уважение друг к другу, умение выслушать, понять, договориться во многом определяют особенности сотрудничества, способствуют или препятствуют успешности оказываемой помощи. В связи с этим в последнее время в перинатологии отмечается повышенный интерес к этической оценке патернализма акушеров-гинекологов, перинатальных психологов по отношению к пациенткам и их родственникам.

Значительно более эффективным является вариант партнерского взаимодействия, формирующего у пациенток желание сотрудничать. При таком варианте взаимодействия пациентка и ее родственники ожидают обсуждения и согласования с врачом всех предпринимаемых действий, оставляя право решения за собой.

Взаимодействия врача с пациенткой и ее родственниками, строящиеся на платформе сотрудничества и партнерства, получили название «комплаенс», показатель степени их сотрудничества называется комплаентностью (англ. *compliance* – согласие). Было доказано, что формирование комплаенса способствует росту доверия пациенток к врачу, психологу, готовности следовать их рекомендациям, снижению тревоги (Millman S., 1968). Качество комплаенса может существенно влиять и на эффективность фармакотерапии (Черных В., 2003).

В перинатальной психологии в основном предпринимались исследования особенностей комплаенса в постнатальном периоде. Изучались особенности формирования комплаенса в системе «мать – дитя» (Goin R., Wahler R. G., 2001). Была показана роль комплаенса в лечении маленьких детей с нарушениями засыпания и с ночными пробуждениями (Walter A. L., O'Leary S. G., 1999), доказано его значение в повышении эффективности медикаментозного лечения детей с ADHD (синдромом дефицита внимания и гиперактивности) (Fine St., Weiss M., Weiss J., Weiss G., Freeman W. S., 2000).

Работ, посвященных комплаенсу в антенатальном и интранатальном периодах, я не нашел. Между тем нельзя сказать, что исследований в этой области совсем не проводи-

лось. Научный и практический интерес перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов давно вызывает характер взаимоотношений беременной женщины с членами семьи, с медицинским персоналом. Многие психологи и психотерапевты в работе с беременными женщинами, имеющими невротические расстройства, ставят перед собой задачи создания доверительных отношений с пациентками и членами их семей, формирования максимального соответствия взглядов медицинского персонала, беременной и ее близких на связанные с гестацией перемены в состоянии женщины, в семейных отношениях, на необходимость тех или иных медицинских обследований, наблюдения, вмешательств, на подготовку и ведение родов. Таким образом, отдельные вопросы формирования перинатального комплаенса так или иначе решаются. Однако, как правило, цельного системного подхода в работе с беременными женщинами, их семьями и медицинским персоналом не существует. Введение в обиход специалистов-перинатологов данного термина может восполнить этот пробел, способствовать лучшему пониманию причин возникающих в процессе беременности и родов нарушений, помочь психологам и психотерапевтам верно выбрать психотерапевтические мишени, адекватные формы психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Наши исследования показали, что при неблагоприятном течении беременности, как правило, удается обнаружить нарушения формирования комплаенса или даже нонкомплаенс. Причиной этого чаще всего являются психологически необоснованные стратегии работы медицинского персонала, а иногда и психологов, с пациентками и членами их семей, грубые нарушения деонтологии. Также формированию комплаенса могут препятствовать некоторые личностные особенности как медицинского персонала, психологов, так и пациенток. Неблагоприятные формы перинатального комплаенса (так называемый «низкий комплаенс») часто приходилось наблюдать в работе с беременными женщинами, имеющими гипогестогнозический, тревожный, депрессивный, эйфорический варианты ПКГД (Добряков И. В., 2003).

В акушерско-гинекологической практике формирование комплаенса особенно важно, так как в связи с возникшей беременностью характер взаимоотношений женщины с родственниками нередко неоднозначен, а многие акушеры-гинекологи строят отношения с ней с позиций патернализма: их рекомендации категоричны, не объясняются и не обсуждаются.

Одной из важнейших психопрофилактических задач перинатального психолога является проведение бесед с персоналом о том, что так называемый низкий комплаенс затрудняет взаимопонимание с пациенткой и работу с ней, может быть одной из причин появления осложнений течения беременности. Осознание необходимости формирования перинатального комплаенса на самых ранних этапах гестации и целенаправленная в этом направлении работа структурируют деятельность перинатальных психологов, психотерапевтов, акушеров-гинекологов, являются профилактикой осложнений беременности и родов, предупреждают возникновение ятрогений и дидактогений.

Работа по профилактике ятрогений, психологогений, дидактогений и гестогений

С целью организации профилактики ятрогений, дидактогений, гестогений специалист психотерапевтического кабинета должен информировать персонал женских консультаций об их сути, причинах и механизмах возникновения. Он должен способствовать повышению их знаний в области деонтологии, психологии общения, перинатальной психологии. Необходимо обсуждать программы дородовой подготовки, координировать содержание и проведение занятий, осуществляемых разными специалистами, помогать сотрудникам женской

консультации в грамотном составлении учебных групп дородовой подготовки, обеспечить им возможность супервизии.

Во время беременности у женщины, как правило, повышается тревога за состояние своего здоровья, так как она чувствует свою ответственность за новую жизнь – жизнь будущего ребенка. Это делает беременную более внушаемой, ранимой. К сожалению, не всегда эти особенности психики беременных принимаются во внимание специалистами, с которыми она вынуждена встречаться в связи с гестацией. Это обусловливает легкость возникновения или усиления имеющихся у женщин нервно-психических расстройств.

К *ятрогениям* (греч. *iatros* – медик; *genes* – порождаемый) относятся нарушения, появившиеся в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременных женщин. Чаще всего встречаются ятрогении, связанные с циничностью и грубостью медицинского персонала, с недостатком внимания к пациенткам, с игнорированием их психологических особенностей, с плохой организацией консультативных приемов, обслуживания беременных женщин.

Женщина, ожидающая рождения желанного ребенка, особенно если это должно произойти впервые, ощущает себя особой, уникальной. Ее ранит, когда преднамеренно или невольно, нередко в довольно грубой форме, медицинские работники дают понять, что общение с ней – рутинная работа, а сама будущая мать – одна из многих. Длительные ожидания в коридоре профилактических осмотров, подчас в одной очереди с гинекологическими больными, переносятся мучительно. Безапелляционность высказываний по поводу выявивших нарушения результатов осмотра, анализов может вызвать стресс у беременной, если не проведена должная психологическая подготовка.

Наряду с ятрогениями отмечаются и *дидактогении* (греч. *didaktos* – поучение; *genes* – порождаемый). К этой группе нарушений следует относить расстройства, возникающие у беременных не в связи с проведением профилактических или лечебных медицинских мероприятий, а в процессе и в связи с их обучением на курсах по подготовке к родам. Если курсы организованы правильно, то женщина обязательно получает на них информацию о том, что с ней и ее будущим ребенком происходит в разные периоды беременности, что и как будет происходить во время и после родов. Уже одно только получение грамотно поданной информации приводит к снижению тревоги, повышению уверенности в своих силах. Дефицит информации, ее отрывочность, малодоступность (например, изобилие непонятных медицинских терминов, теорий), а также натуралистические описания подробностей биомеханизма родов, возможных осложнений, напротив, приводят к усилению тревоги. Недостаточно учитывается при обучении разный уровень образования женщин, их способность усвоить предлагаемый материал.

Неудачно составленные программы занятий приводят к чрезмерному повышению тревоги у одних женщин, к необоснованному эйфорическому отношению к предстоящим родам у других. Некоторые программы дородовой подготовки женщин, используя повышенную внушаемость беременных, приводят их к мысли о необходимости строго придерживаться не всегда научно обоснованных особого образа жизни, особых диет и применения очень дорогих пищевых добавок. Существуют программы, искусственно повышающие религиозность женщин, делающие их суеверными.

В процессе занятий к дидактогениям может приводить прямое или косвенное внушение женщинам, что роды могут пройти благополучно только в случае строгого исполнения рекомендаций. Жестко оговариваются:

• место (например, в домашних условиях или только в определенном родильном доме);

• способ родоразрешения (например, роды в воду, категорическое отрицание стимуляции, оперативных вмешательств);

• лица, в присутствии которых женщина будет рожать (муж, знакомая акушерка);

• только совместное пребывание с ребенком после родов и т. п.

Подобные рекомендации иногда конструктивны, иногда нет, но если они не предполагают иных вариантов, малейшее отклонение от плана (а ситуация может требовать этого) вызывает у женщины стресс. Грамотное проведение дородовой подготовки позволяет во многом снизить риск осложнений течения беременности и родов.

Ятрогении и дидактогении нередко связаны с отсутствием дифференцированного подхода при формировании групп дородовой подготовки, в результате чего вместе оказываются беременные женщины, состоящие в счастливом браке и не имеющие мужа, здоровые и имеющие осложнения в течении беременности, имеющие скрытые или явные невротические симптомы и т. д. При этом нередки также явления *гестогений* (лат. *gestatio* – беременность; греч. *genes* – порождаемый), возникающих при неблагоприятном влиянии беременных женщин друг на друга. Поэтому одной из форм психопрофилактической работы является скрининг-диагностика, проводимая с целью грамотного формирования групп дородовой подготовки и выявления женщин, нуждающихся перед направлением в такие группы в консультации психолога, а возможно, и в психокоррекционной или психотерапевтической помощи.

Психопрофилактическая работа, связанная с выявлением среди беременных групп риска по нервно-психическим расстройствам

Определение у беременных женщин предрасположенности к нервно-психическим расстройствам, выделение их в группу риска и своевременное оказание им психологической помощи является важным психопрофилактическим мероприятием.

Наиболее эффективным способом выявления этих женщин является скрининговое обследование всех встающих на учет в женской консультации беременных. Применяемая при этом методика не должна быть трудоемкой, инструкция должна быть простой и понятной, обследование не должно занимать много времени, иметь теоретическое обоснование. Этим условиям в основном отвечает тест отношений беременных (ТОБ) (см. главу 5).

Определение типа ПКГД позволяет разобраться в том, как складываются отношения в семье в связи с беременностью, условно разделить женщин на три группы.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

Вторая группа может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Скрининговый тест отношений беременной дает возможность судить о типе психологического компонента гестационной доминанты, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной.

Тест позволяет выявлять предрасположенность к нервно-психическим нарушениям у беременных женщин на ранних этапах их развития, связанную с особенностями семейных отношений, и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи.

Своевременно и адекватно оказанная помощь не только улучшает ситуацию в семье, течении беременности и родов, но и является профилактикой недостатка грудного молока (гипогалактии) (греч. *hypo* – снижение; *galactos* – молоко), послеродовых невротических и психических расстройств. Изменения результатов тестирования, проведенного до начала семейной психотерапии и по ее завершении, можно использовать для оценки эффективности данной работы.

Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женских консультаций. Рекомендуется проводить тестирование во втором и третьем триместрах беременности. Формирование групп дородовой подготовки должно проводиться с учетом результатов теста. Важно учесть, что ярко выраженные типы ПКГД встречаются нечасто. Даже если результаты обследования выявляют преимущественные предпочтения ответов, соответствующих шкале «оптимальный тип ПКГД», но женщина дает 1–2 ответа по другим шкалам, следует обратить на это внимание. Ведь знание того, с кем и каким образом нарушены отношения (например, депрессивная оценка отношений с мужем, тревожное отношение к ребенку и т. п.), очень важно. Оно поможет правильно строить беседу с бере-

менной, выявить причину и глубину нарушения отношений, найти пути помощи. Тест является скрининговым, поэтому не лишен недостатков. Его результаты приблизительны. Они могут быть искажены попыткой женщин давать социально желательные ответы. Однако эти случаи при некотором опыте достаточно легко обнаружить. Они проявляются как частым преобладанием ответов, соответствующих шкале эйфорического типа, так и диссонансом поведения, реакций женщины с полученным результатом. В этих случаях беременной женщине также показана психологическая консультация для углубленного обследования.

Можно также применять ТОБ для определения эффективности курсов дородовой подготовки, проводя его до начала проведения курса и после его завершения и сравнивая результаты. Не рекомендуется проводить тестирование чаще одного раза в месяц.

Дородовая подготовка беременных

Дородовая подготовка беременных женщин является важной частью работы перинатального психолога. Деятельность некоторых только к ней и сводится.

В нашей стране дородовая подготовка женщин имеет давние традиции. Еще в 1949 г. И. З. Вельвовским с сотрудниками был разработан и внедрен в практику «психопрофилактический метод обезболивания родов» (Вельвовский И. З., 1963). Основные задачи его были сформулированы так:

• профилактика, ранняя диагностика нарушений физиологического течения беременности;

• избавление женщин от ложных отрицательных эмоций, связанных с беременностью и родами;

• ознакомление женщин с основными закономерностями течения беременности и родов;

• обучение активному поведению в родах, приемам, способствующим физиологическому родоразрешению;

• изменение представлений о неизбежности страданий в родах.

Этот метод широко применялся в женских консультациях и родильных домах в Советском Союзе, а также за его пределами. Интегрируя психопрофилактику, психотерапию с психогигиеническими, социально-просветительными, а также акушерско-гинекологическими мероприятиями, метод, несмотря на недостатки, безусловно, сыграл в то время прогрессивную роль. К его недостаткам следует отнести то, что, авторы почти совсем не уделяли внимания ребенку и его отношениям с матерью.

Ознакомившийся с этим методом психопрофилактики известный французский врач Ф. Ламаз включил значительную часть разработок метода И. З. Вельвовского и его коллег в собственную систему дородовой подготовки, получившую широкое распространение и до сих пор очень популярную в странах Западной Европы и Америке.

Метод И. З. Вельвовского не потерял актуальности. Он лежит в основе программы занятий с беременными в Школе материнства, рекомендуемой действующими приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В настоящее время в России действует Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации» от 30 марта 2006 г. № 223 (см. приложение). В приложении № 1 к Приказу есть положение об организации деятельности женской консультации. В нем в пункте 6 перечисляются функции женской консультации, одной из которых является проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц» № 224 был подписан министром в этот же день. В этом положении, в частности, говорится «о проведении физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, формировании мотивации у беременной женщины и семьи к рождению и воспитанию здорового ребенка» (см. приложение). Подготовка эта должна проводиться по программе, которая приведена в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г. № 50 (см. приложение).

В соответствии с приказом программа занятий с беременными в Школе материнства включает три занятия.

Занятие 1. Анатомо-физиологические изменения в организме матери во время беременности

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.

2. Женские и мужские половые клетки.

3. Развитие внутриутробного плода.

3.1. Оплодотворение.

3.2. Первые признаки беременности.

3.3. Развитие плода по месяцам беременности, его реакции на внешние раздражители.

3.4. Роль плаценты и амниотических вод в жизнеобеспечении плода.

3.5. Физиологические изменения в организме женщины, периоды беременности.

4. Факторы риска беременности.

4.1. Что такое факторы риска?

4.2. Влияние здоровья родителей на здоровье будущего ребенка.

4.3. Роль наследственности.

4.4. Алкоголь, курение, прием наркотических и токсических веществ родителями как вредный фактор риска патологии плода.

4.5. Влияние других неблагоприятных факторов на плод (производственных, инфекционных, лекарственных, радиационных и др.).

4.6. Осложнения беременности.

5. Медицинское наблюдение.

5.1. Важность раннего обращения беременной в женскую консультацию.

5.2. Частота посещений врача-акушера-гинеколога, акушерки.

5.3. Необходимость выполнения обязательного объема медицинского обследования во время беременности.

5.4. Знакомство с современными инструментальными методами слежения за состоянием здоровья матери и плода.

5.5. Обучение беременных некоторым тестам для оценки развития беременности и состояния плода.

Занятие 2. Гигиенические правила в период беременности

1. Изменение образа жизни.

1.1. Рекомендации по режиму труда, в том числе домашней работы. Законодательные права беременной.

1.2. Режим дня.

1.3. Половая жизнь.

2. Питание.

2.1. Понятие о калорийности пищи и сбалансированном рационе продуктов питания.

2.2. Прием жидкости.

2.3. Роль витаминов и микроэлементов для здоровья матери и плода.

2.4. Особенности питания при патологических состояниях (ранний токсикоз, запоры, гипертензия, заболевание почек и др.).

3. Личная гигиена.

3.1. Значение соблюдения чистоты тела (уход за кожей, зубами, молочными железами, половыми органами и др.).

3.2. Одежда, обувь, белье.

3.3. Роль грудного вскармливания до шести месяцев жизни ребенка.

3.4. Использование природных факторов для закаливания и оздоровления организма женщины.

4. Роль гигиенической гимнастики в период беременности.

4.1. Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности.

4.2. Обучение умению расслабляться («быстрый отдых»).

5. Особенности психоэмоционального состояния беременной.

5.1. Психологическая адаптация женщины к беременности.

5.2. Роль семьи в психологической и физической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребенка.

Занятие 3. Подготовка к «родам без страха»

1. Календарные сроки наступления родов.

2. Предвестники родов.

3. Подготовка к поступлению в родильный дом.

4. Периоды родов и их продолжительность.

5. Поведение во время родов.

5.1. Значение правильного и спокойного поведения женщины в родах.

5.2. Роль партнерства в родах.

5.3. Доверие к медицинскому персоналу и необходимость выполнения всех его рекомендаций.

5.4. Обучение различным способам дыхания для благополучного течения родов.

5.5. Обучение приемам обезболивания родов.

5.6. Аутотренинг и точечный самомассаж для укрепления психоэмоционального состояния в родах.

6. Первые часы после родов. Значение раннего прикладывания ребенка к груди в родильном зале.

7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.

8. Контрацепция после родов.

9. Законодательные права материнства.

В приказе указано, что занятия по подготовке к родам и материнству могут начинаться уже в первом триместре беременности, проводиться индивидуально или с группой. Группы должны быть численностью не более 10–15 человек и включать женщин, имеющих примерно одинаковые сроки беременности. Подчеркивается, что наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка,

направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке, к партнерству во время родов и в послеродовом периоде. Утверждается, что «физиопсихопрофилактиче-ский» метод подготовки беременных и их семей к рождению ребенка может применяться всеми беременными, и противопоказаний к использованию данного метода нет. С этим можно согласиться, но только с оговоркой. Женщинам с неоптимальным типом ПКГД показаны индивидуальные занятия, во всяком случае до дополнительного психологического обследования и проведения при необходимости психокоррекции. В противном случае возможны дидактогении.

Приказы довольно четко регламентируют проведение дородовой подготовки, однако допускают наполнение перечисленных тем занятий разным содержанием. На практике этим широко пользуются, особенно частнопрактикующие специалисты. В результате разработано огромное количество авторских программ дородовой подготовки. С одной стороны, можно только приветствовать то, что беременным предоставляется возможность получать знания и навыки, способствующие нормальному течению беременности и родов. С другой стороны, рост количества предлагаемых беременным женщинам услуг далеко опережает улучшение их качества. Часто методология и то, как проводятся занятия, выявляют низкую квалификацию специалистов. К сожалению, низкое качество занятий далеко не всегда очевидно учащимся. Наиболее продуманными и логичными из известных нам являются программы дородовой подготовки Н. П. Коваленко (Санкт-Петербург), М. Е. Ланцбург (Москва), И. М. Карташовой (Оренбург), Т. В. Скрицкой (Новосибирск), Н. П. Сенченко (Братск) и некоторые другие.

Большинство предлагаемых программ дородовой подготовки имеют общие недостатки (Добряков И. В., 1999). Одним из наиболее часто встречаемых и снижающих качество работы является *недифференцированный подход.*

На курсы дородовой подготовки часто записываются без предварительного отбора все желающие беременные женщины. При этом не учитывается ни возраст, ни их семейное положение, ни уровень образования, ни состояние здоровья. Не принимаются во внимание и личностные особенности женщин, уровень тревоги, наличие или отсутствие соматической и нервно-психической патологии.

Наш опыт работы в перинатальной психотерапии показывает, что у некоторых женщин именно в результате посещения групповых занятий Школы материнства возникли нежелательные последствия. Большинство из них нуждались в сугубо индивидуальных занятиях. Например, незамужней женщине будет неприятно слушать высказывания других беременных о своей счастливой супружеской жизни, она будет болезненно реагировать на предложение преподавателя обязательно привести на следующее занятие мужа, чтобы поговорить о его участии в партнерских родах.

У женщин с тревожным вариантом ПКГД излишне подробные сведения о биомеханизме предстоящих родов, о трудностях ухода за младенцем и т. д. вызовут еще большую тревогу. Наличие таких женщин в группе негативно сказывалось на других членах, индуцирующих их настроение. Предварительный отбор пациенток, выявление нуждающихся в индивидуальной работе может предупредить дидактогении, значительно повысить эффективность дородовой подготовки как индивидуальной, так и групповой.

Беременные, не нуждающиеся в индивидуальных сеансах, также требуют дифференцированного подхода. Чтобы это было возможно, в группе должно быть 810 человек. Во время занятия преподаватель должен одновременно с подачей материала следить за реакциями слушательниц, чутко реагировать на них. Делать это, если в составе группы 10 человек, сложно, а если больше 15 – уже невозможно. Для того чтобы правильно сформировать группу, понимать причины особых реакций женщин и анализировать свои наблюдения, ведущему важно иметь уже до занятия сведения о беременных. С этой целью до занятия

можно провести скрининговое исследование. Для этого можно использовать достаточно простой и информативный тест отношений беременной (ТОБ-б). Как уже указывалось, на основе результатов исследования беременную женщину можно отнести к одной из трех групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки:

- готовые приступить к занятиям;
- требующие предварительного индивидуального консультирования;
- нуждающиеся в консультации психотерапевта или психиатра.

Таким образом, ТОБ-б помогает выявлять проблемные отношения у беременных женщин и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи.

Другим типичным недостатком многих программ дородовой подготовки является *отсутствие комплексности,* отход от биопсихосоциального принципа.

Занятия призваны способствовать адаптации женщин к беременности на трех уровнях: биологическом (соматическое состояние), психологическом (состояние психологического комфорта), социальном (принятие новой социальной роли матери). Многие программы уделяют больше внимания одному уровню в ущерб другим. Причины этого – индивидуальные особенности авторов, их субъективизм.

Во-первых, на содержание таких программ влияет специальность автора, то, каким материалом он хорошо владеет. Так, в программах, составленных врачами-акушерами-гинекологами, неонатологами, больше уделяется внимания физиологическим аспектам беременности, родов, естественного вскармливания, профилактики отклонений здоровья матери и ребенка. Программы психологов преимущественно посвящены психологической подготовке к родам и материнству, вопросам психического здоровья. Программы педагогов в основном касаются пренатального воспитания. Важно иметь в виду, что даже очень грамотные и написанные квалифицированными специалистами программы, содержащие много верных сведений о том, что происходит во время беременности и родов, в ранний послеродовый период, далеко не всегда полезны беременным женщинам. Нужно учитывать, что в период гестации они становятся ранимыми, внушаемыми, мнительными. Излишне подробная информация обо всех возможных осложнениях во время беременности и родов, о внутриутробных заболеваниях и патологии новорожденных, сведения, заставляющие сомневаться в правильности жизненной позиции, выборе супруга, собственных моральных качествах, мировоззрении могут привести к повышению уровня тревоги, к потере оптимистического настроя на течение собственной беременности и родов.

В связи с этим оптимальным представляется разработка программы дородовой подготовки коллективом специалистов, проведение каждым из них занятий по своей теме. Предпочтительный состав преподавателей, на наш взгляд, следующий: медицинский психолог или врач-психотерапевт, акушер-гинеколог, методист ЛФК, педиатр-неонатолог.

Во-вторых, отсутствие комплексности программ прямо связано с интересами и пристрастиями их авторов, сознательное или неосознанное желание их навязать свое мировоззрение, свои очень субъективные и далеко не всегда правильные представления о том, что такое здоровый образ жизни, стать гуру. Особенно опасно, если идеи таких авторов приобретают сверхценные черты. Некоторые программы перегружены занятиями, включающими элементы неправильно понимаемой «арт-терапии». При этом преподаватель толком не проводит диагностики и, не затрудняя себя ответом на вопрос, что он собирается «лечить искусством», всем женщинам дает одинаковые задания. Другие, увлекаясь йогой, предлагают беременным заниматься только ею. Третьи обучают женщин «развивать личность и интеллект» пренейта специальными занятиями. Четвертые, любители бани, уверены, что основой дородовой подготовки должны быть водные процедуры и регулярные посещения парилки… Список можно продолжить.

Увлеченные авторы дают женщинам жесткие установки, касающиеся того, каким образом и где она должна рожать. Любое отклонение от указанного плана, вызванное объективными обстоятельствами, может спровоцировать у женщины стресс. Авторы таких программ формируют зависимость у поверивших в них беременных женщин, чувствуя себя незаменимыми, повышают свою самооценку. Они склонны не ограничивать количество занятий, утверждая, что чем больше женщина посетит их, тем лучше. При этом нередко решаются и материальные проблемы преподавателей. Неопределенность количества занятий – очень серьезный показатель низкого качества программы, грубого нарушения границ личности женщины, а иногда и ее супружеского холона. Беременная женщина – мудрая женщина, она живет своей жизнью, и если она здорова и не нуждается в помощи, вмешательство в ее внутренний мир недопустимо! Дональд Вудс Винникотт восхищался интуитивными знаниями матери, способной многое делать правильно, специально этому не обучаясь. Он считал, что главная ценность интуитивного постижения кроется в его *естественности,* не искаженной обучением. Он искал способ довести до сведения женщины добытые научной мыслью полезные сведения так, чтобы не повредить материнской интуиции (Винникотт Д. В., 1998). К сожалению, многие авторы программ дородовой подготовки этим не озабочены.

Большинство авторов программ дородовой подготовки утверждают, что именно их занятия приводят к значительному улучшению состояния здоровья беременных женщин, снижают количество осложнений в процессе гестации и родоразрешения. Как правило, к применяемым методикам оценки эффективности занятий можно предъявить массу претензий, и достоверность результатов часто вызывает сомнения. Оценка зачастую проводится по результатам опросов женщин, находящихся под сильным влиянием преподавателя, контрольные группы отсутствуют, психологических измерений не проводится или они проводятся с помощью малоинформативных или невалидных методик, с нарушением процедуры. Обращают внимание на количество осложнений во время беременности и родов, оценку состояния новорожденного по шкале Апгар. Не учитываются данные катамнеза. Назрела необходимость разработки научно обоснованного метода оценки эффективности занятий дородовой подготовки, создания системы их сертификации и проведения супервизии.

Послесловие

Первая моя работа, касающаяся перинатальной психологии, опубликованная в 1996 г., была посвящена типологии гестационной доминанты. Честно говоря, когда за два года до этого Борис Емельянович Микиртумов (заведующий кафедрой психиатрии Ленинградской педиатрической медицинской академии, на которой я тогда работал) в качестве моей научно-исследовательской работы определил перинатальную психологию и психиатрию, это не вызвало особого энтузиазма. В круг моих интересов, который был и остается довольно широким, эта тема никак не вписывалась. Меня привлекали особенности психопатологии детского возраста, личностные расстройства, психология и психотерапия семьи и многое другое. Новая тема казалась надуманной и невнятной.

Два предложения к сотрудничеству поменяли ситуацию. Главный врач родильного дома № 2 Жанна Менделевна Савина пригласила меня консультировать женщин в качестве психотерапевта и проводить занятия с ними по дородовой подготовке. Человек очень талантливый, увлеченный, прекрасный врач, Жанна Менделевна хорошо понимала значение перинатальной психологии и создавала комфортные условия для работы. К сожалению, после смены руководства в родильном доме интереса к перинатальной психологии новые руководители не проявили, решив, что дальнейшее ее развитие вряд ли принесет материальную выгоду, во всяком случае быстро.

Примерно в это же время по инициативе профессора Александра Сергеевича Батуева при Санкт-Петербургском государственном университете был создан научный центр «Психофизиология матери и ребенка». В 1995 г. Александр Сергеевич привлек меня к работе в специализированном научном совете «Психофизиология матери и ребенка». Будучи учеником А. А. Ухтомского, профессор Батуев был убежден и сумел убедить меня в перспективности использования в перинатальной психологии учения о доминанте А. А. Ухтомского. Введение и использование понятия материнской доминанты структурировало разделы перинатальной психологии, подсказывало, какие задачи она призвана решать на разных этапах репродуктивного процесса, требовало сотрудничества физиологов и психологов. Особый интерес вызывала гестационная доминанта. При этом если по поводу ее физиологической составляющей у физиологов уже сложились определенные представления, то психологический компонент почти не исследовался. В результате длительных бесед и обсуждений была выдвинута гипотеза, согласно которой психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) у разных женщин отличается. Если он выражен «слабо» – перестройка психики беременной незначительна, это может отрицательно сказываться на течении беременности и родов. Такая женщина, по-видимому, нуждается в специальных занятиях, подготавливающих ее к материнству. При «сильном» ПКГД течение беременности, родов происходит без осложнений. Измерять «силу ПКГД» было решено, выявляя у женщин выраженность доминирующих идей, связанных с беременностью. Доминирующие идеи, по нашему мнению, могли проявляться элективным тематическим усилением памяти и внимания. Были разработаны тесты, которые позволили это установить. В результате с большим удовлетворением удалось выявить две группы с «сильным» и «слабым» типами ПКГД. Каково же было мое удивление, когда при клинико-психологическом осмотре этих женщин большинство нуждающихся в психологическом консультировании и психотерапии оказались из группы с «сильным» компонентом ПКГД, причем по разным поводам. Клинически мне удалось выделить и описать пять вариантов ПКГД. Неожиданно мою работу о типологии гестационной доминанты заметил выдающийся ученый-психиатр и психоаналитик Серж Лебовиси. Достаточно критически относясь к себе и недоумевая по поводу его положительной оценки, я спросил, чем она вызвана. Заслуженный профессор ответил, что

авторы множества работ, с которыми ему приходится знакомиться, выдвигая какие-то идеи, как правило, неизменно подтверждают их. Ему очень понравилось, что в нашей работе был получен неожиданный результат, понравилось, как это было объяснено.

Сейчас, завершая работу над книгой, я привел эту историю с целью продемонстрировать, что перинатальная психология – живая ветвь перинатологии. Она растет и постоянно преподносит сюрпризы тем, кто ею занимается. Попытки «гуру», экзальтированных невеж, начетчиков утопить ее в потоке резонерских статей, состоящих из трюизмов и общих мест, приспособить к формированию новых суеверий, уложить ее в прокрустово ложе надуманных стандартов оканчиваются плачевно. Перинатальная психология развивается. Задачей данной книги было прокомментировать это развитие, постараться уловить его закономерности. Перинатальным психологам важно стараться понять природу человека, не стараться ее подправить, уважать пренейта, мать, младенца, избегать волюнтаризма.

С благодарностью приму конструктивную критику. Она будет учтена при работе над новой книгой, которая уже начата, будет называться «Перинатальная психотерапия» и станет естественным продолжением этой.

Приложение

Приложение 1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 1 июня 2007 года № 389

О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях

В соответствии с пунктом 5.2.11 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 8, ст. 2898; 2005, № 102, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080) и в целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в женской консультации приказываю:

1. Утвердить:

• Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению № 1.

• Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению № 2.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации использовать настоящий приказ при организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в женской консультации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра В. И. Стародубова.

Министр М. Зурабов

Приложение № 1

к Приказу Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года № 389

Положение

об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации

1. Кабинет медико-социальной помощи женской консультации (далее – кабинет) создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

2. Кабинет является структурным подразделением женской консультации.

3. Руководство деятельностью кабинета осуществляется руководителем женской консультации.

4. Объем медико-социальной помощи, оказываемой кабинетом, определяется руководителем женской консультации.

5. Деятельность кабинета осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.

6. Кабинет функционирует на основе взаимосвязи со структурными подразделениями (кабинетами) женской консультации, учреждениями социальной защиты населения, лечебно-профилактическими учреждениями и иными организациями.

7. Основными функциями кабинета медико-социальной помощи являются:

• медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;

• оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

• осуществление мероприятий по предупреждению абортов, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

• социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

• медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;

• социальная помощь бездетным супружеским парам;

• профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

8. Кабинет ведет учетную и отчетную документацию в установленном порядке и представляет отчет о своей деятельности руководителю женской консультации.

9. Структура и штаты кабинета устанавливаются в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В штат кабинета могут входить социальный работник, психолог/медицинский психолог, юрисконсульт.

Приложение № 2

к приказу

Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года № 389

Положение

об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации

1. Настоящее Положение регулирует деятельность социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации (далее – социальный работник).

2. На должность социального работника женской консультации назначаются специалисты, получившие высшее образование по специальности «социальная работа».

3. Социальный работник в своей деятельности руководствуется законодательными актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.

4. Социальный работник подчиняется руководителю женской консультации или его заместителю.

5. Основными функциями социального работника являются:

• оказание социально-правовой помощи женскому населению в соответствии с задачами, определенными Положением об организации работы кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению № 1;

• внедрение в практику современных методов социальной работы;

• участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников;

• взаимодействие с различными общественными, профессиональными и иными организациями;

• оформление в установленном порядке учетно-отчетной документации;

• повышение своей квалификации по специальности.

Приложение 2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 10 февраля 2003 г. № 50

О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях

В целях совершенствования акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по организации работы женской консультации (Приложение № 1).

1.2. Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц (Приложение № 2).

1.3. Схемы динамического наблюдения гинекологических больных (Приложение № 3).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Шарапову О. В.

Министр Ю. Л. ШЕВЧЕНКО

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Минздрава России от 10.02.2003 г. № 50

Инструкция

по организации работы женской консультации

В оказании амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи ведущую роль играет женская консультация.

Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях развития и дальнейшего совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи, эти учреждения внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную в установленном порядке.

Женские консультации осуществляют амбулаторную акушерско-гинекологи-ческую помощь в соответствии с действующим положением об организации деятельности женской консультации, утвержденным Приказом Минздрава России от 30 декабря 1999 г. № 462 «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 9 февраля 2000 г. № 820-ЭР).

Территория деятельности женской консультации устанавливается соответствующим органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению. В женских консультациях время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 часов; в субботу, предпраздничные и праздничные дни – с 8 до 18 часов. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь обеспечивается специализированными отделениями больниц или родильных домов. Информация о часах работы женской консультации, расписании приемов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе Школы материнства размещается у регистратуры.

Следует предусмотреть возможность самозаписи на прием к врачу или посещения врача с талоном на руках. Запись к специалистам и для обследования может быть предвари-

тельной. В соответствии с этими записями акушерка готовит к приему необходимую документацию. Женщине предоставляется право выбора врача по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины во время беременности и после родов одним и тем же врачом.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Структуру и штаты женской консультации утверждает главный врач (заведующий).

Штаты женской консультации и дневных стационаров в амбулаторно-поли-клинических учреждениях устанавливаются в соответствии с действующими нормативами. Индивидуальные нормы нагрузки (обслуживания) врачей акушеров-гинекологов амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливаются руководителями учреждений здравоохранения в зависимости от конкретных условий труда.

Пятидневная или шестидневная рабочая неделя устанавливается администрацией учреждения с учетом специфики работы.

Во время приема больных основную помощь врачу оказывает акушерка, которая готовит инструменты, медицинскую документацию, осуществляет взвешивание беременных, измерение артериального давления, оформляет выдачу направлений на анализы и консультации, проведение лечебных процедур, патронаж на дому.

В штаты женской консультации рекомендуется вводить социальных работников.

Социальный работник участвует в работе по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Основной его задачей является работа с подростками, молодежью и женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, инфекций, передаваемых половым путем.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач ознакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обратив особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенности менструального цикла и репродуктивной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом следует выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно краснухе, токсоплазмозе, генитальном герпесе, цитомегаловирусной инфекции, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной, онкологической патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливании крови, аллергических реакциях, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств.

Акушерско-гинекологический анамнез включает сведения об особенностях менструального цикла и генеративной функции, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течении и их исходах, осложнениях в родах и послеродовом периоде; массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей. Уточняется наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (генитального герпеса, сифилиса, гонореи, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ВИЧ/СПИД-инфекции,

гепатита В и С), использовании контрацептивных средств. Выясняется возраст и состояние здоровья мужа, группа его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

При первом осмотре беременной оценивается характер ее телосложения, уточняются сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, а также характер питания. Обращается особое внимание на женщин с избыточной и недостаточной массой тела.

Критерием избыточной или недостаточной массы тела считается величина выше или ниже стандартной на 15–20 % и более. В качестве стандарта можно использовать индекс Брока (масса тела = длина тела – 100).

Во время осмотра беременной измеряется масса тела, артериальное давление на обеих руках, обращается внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выслушиваются тоны сердца, легкие, пальпируются щитовидная железа, молочные железы, регионарные лимфатические узлы; оценивается состояние сосков. Проводится акушерский осмотр: определяются наружные размеры таза, размеры диагональной конъюгаты и пояснично-крестцового ромба, производится влагалищное исследование с обязательным осмотром шейки матки и стенок влагалища в зеркалах, а также области промежности и ануса. У женщин с физиологическим течением беременности при отсутствии изменений в области влагалища и шейки матки влагалищное исследование осуществляется однократно, а частота последующих исследований – по показаниям.

Частота посещений врача-акушера-гинеколога и других специалистов женщинами с нормально протекающей и осложненной беременностью, частота лабораторных и других исследований, лечебно-оздоровительных мероприятий, показания к госпитализации содержатся в «Схемах динамического наблюдения беременных женщин и родильниц» (Приложение № 2). Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач-акушер-гинеколог обсуждает с беременной и получает ее согласие.

Ведение беременных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и переноса эмбриона в полость матки (ПЭ) представлено в Приложении № 2.

При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом-акушером-гинекологом до 6–8 раз (до 12 недель, 16 недель, 20 недель, 28 недель, 32–33 недель, 36–37 недель) при условии регулярного (каждые две недели) наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 недель беременности. Изменение числа посещений беременными врача-акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особого наблюдения требуют курящие беременные, употребляющие алкоголь или наркотические средства. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу-психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения здоровья своего и будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом-акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача-психиатра-нарколога. Для профилактики и коррекции отклонений в течении беременности и уменьшения токсического влияния наркотиков и алкоголя рекомендуется использование препаратов из группы естественных метаболитов.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом-акушером-гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы соответствующей терапии по согласованию с территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и определяет стационар для родоразрешения.

При выявлении беременных в возрасте до 18 лет в случае принятия положительного решения о сохранении беременности и деторождении они поступают под наблюдение врача-акушера-гинеколога территориальной женской консультации, после родов – в центры планирования семьи и репродукции или молодежные центры для индивидуального подбора средств контрацепции.

При первом посещении женщины уточняется срок беременности и предполагаемых родов. В случае необходимости вопрос о сроке беременности решается консультативно с учетом данных ультразвукового исследования.

После первого осмотра врачом-акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом-акушером-гинекологом и на сроке 30 недель беременности).

При первом посещении беременной врач-терапевт оценивает соматический статус женщины и заносит данные осмотра в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». При необходимости запрашивается выписка из «Медицинской карты амбулаторного больного». При наличии экстрагенитальных заболеваний врач-терапевт совместно с врачом-акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беременности или послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями, осуществляемое врачом-акушером-гинекологом совместно с терапевтом и другими специалистами, содержится в Приложении № 2.

Беременная также осматривается врачами: стоматологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям – другими специалистами. Консультативная помощь беременным оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, базах кафедр образовательных медицинских учреждений, НИИ.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика в соответствии с Приказом Минздрава России «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» от 28 декабря 2000 г. № 457 (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 12 февраля 2001 г. № 07/1459-ЮД).

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласии женщины ей выдается комиссионное заключение с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов (в зависимости от профиля заболевания), врачом-акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации ставится печать учреждения.

На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности, к которым относятся:

I. Социально-биологические:

• возраст матери (до 18 лет; старше 35 лет);

• возраст отца старше 40 лет;

• профессиональные вредности у родителей;

• табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;

• массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы).

II. Акушерско-гинекологический анамнез:

• число родов четыре и более;

• неоднократные или осложненные аборты;

• оперативные вмешательства на матке и придатках;

• пороки развития матки;
• бесплодие;
• невынашивание беременности;
• неразвивающаяся беременность;
• преждевременные роды;
• мертворождение;
• смерть в неонатальном периоде;
• рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
• рождение детей с низкой или крупной массой тела;
• осложненное течение предыдущей беременности;
• бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.).

III. Экстрагенитальные заболевания:

• сердечно-сосудистые: пороки сердца; гипер– и гипотензивные расстройства;
• заболевания мочевыделительных путей;
• эндокринопатия;
• болезни крови;
• болезни печени;
• болезни легких;
• заболевания соединительной ткани;
• острые и хронические инфекции;
• нарушение гемостаза;
• алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

• рвота беременных;
• угроза прерывания беременности;
• кровотечение в I и II половине беременности;
• поздний гестоз;
• многоводие;
• маловодие;
• плацентарная недостаточность;
• многоплодие;
• анемия;
• Rh и АВО изосенсибилизация;
• обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.);
• анатомически узкий таз;
• неправильное положение плода;
• переношенная беременность;
• индуцированная беременность.

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода целесообразно также использовать гравидограмму, в которой регистрируются основные показатели обязательного клинического и лабораторного обследования беременных.

Показатели, указанные в первых графах гравидограммы, записываются в их числовом выражении. В графе «Артериальное давление» жирными линиями отмечены границы допустимой нормы систолического и диастолического давления. При каждом посещении беременной и измерении артериального давления точками отмечается уровень систоличе-

ского и диастолического давления, которые соединяются между собой, образуя две отдельные линии систолического и диастолического давления, отражающие динамику АД в течение беременности.

Особое внимание обращается на регистрацию высоты стояния дна матки, представленной на гравидограмме двумя линиями, характерными для нормального увеличения объема матки в течение беременности. При каждом измерении высоты стояния дна матки ее величина отмечается точкой, соединяясь между собой линией. Линия, вышедшая за пределы верхней границы нормы, в большинстве случаев указывает на крупный плод, многоводие, многоплодие, а вышедшая за пределы нижней границы – на внутриутробную задержку роста плода, маловодие, что требует проведения других методов обследования (УЗИ, КТГ, допплерометрия и др.).

Состояние шейки матки оценивается в баллах, особенно у женщин с риском преждевременного прерывания беременности. Для балльной оценки состояния шейки матки используют видоизмененную схему Е. Бишопа (E. Bishop), представленную в таблице.

Оценка состояния шейки матки в баллах

Шейка матки	Баллы		
	0	1	2
Длина	Более 2 см	Менее 2 см, но более 1 см	Менее 1 см
Цервикальный канал	Наружный зев закрыт	Наружный зев проходим для 1 поперечного пальца	Внутренний зев приоткрыт
Консистенция	Плотная	Размягченная	Мягкая
Позиция	Кзади от проводной оси таза	По проводной оси таза	Кпереди от проводной оси таза

При суммарной оценке 4 балла в момент наблюдения хирургической коррекции не требуется, при оценке 5–8 баллов – она необходима. Для более точной диагностики желательно провести ультразвуковое исследование для оценки степени раскрытия истмической части шейки матки. Раскрытие менее 0,8 см оценивается в 1 балл, более 0,8 см – в 2 балла.

В последующих графах гравидограммы указывается предлежание плода, наличие его сердцебиения, отеки беременной, что обозначается знаком «+».

При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается массо-ростовой коэффициент (МРК) женщины в зависимости от характера телосложения (МРК, % = масса тела, кг / рост, см х 100). Для женщин нормального телосложения МРК находится в пределах 35–41 %;имеющих избыточную массу тела МРК – 42–54 %; с недостаточной массой тела МРК – 30–34 %. В каждой весовой категории женщин на гравидограмме представлены линии, отражающие границы нормальной прибавки массы тела во время беременности. При очередном взвешивании в графе «Масса, кг» отмечается величина массы тела, а точкой отмечается величина прибавки массы тела соответственно сроку беременности. Полученные точки соединяются между собой, образуя кривую, отражающую характер прибавки массы тела женщины в течение беременности. Выход кривой за границы нормы при последующих измерениях массы тела беременной является одним из признаков осложнений беременности (отеки, многоводие, маловодие и др.). Общая прибавка массы тела у всех беременных (с ранних сроков до 40 недель) менее 7 кг или отсутствие ее нарастания в течение нескольких посещений врача может указывать на внутриутробную задержку роста плода.

У женщин, имеющих первоначально недостаточную массу тела, допускается большая прибавка массы тела, чем у остальных. При отсутствии видимых отеков разгрузочные дни у этой категории беременных рекомендуется проводить после тщательного обследования,

поскольку они могут относиться к риску наступления преждевременных родов или рождения детей с низкой массой тела.

В комплексной оценке состояния плода женщина сама может использовать тест движений плода «Считай до 10», который является простым информативным диагностическим методом.

Тест движений плода регистрирует сама женщина ежедневно с 28 недель беременности до родов на специальном листе. Уменьшение движений плода или изменение их характера нужно рассматривать как симптом нарушения его состояния.

Начиная с 9 часов утра женщина считает 10 шевелений плода. Время 10-го шевеления отмечается крестиком в графе, соответствующей сроку беременности и дню недели (дни недели обозначены первыми буквами), после чего дальнейший счет прекращается. При каждом посещении женской консультации беременная предъявляет заполненный лист.

Кроме теста «Считай до 10» можно использовать подсчет числа движений плода в течение 1 часа 3 раза в день (например, 7:00-8:00 ч, 12:00–13:00 ч, 18:0019:00 ч).

Число шевелений плода менее десяти в течение 12 часов (с 9:00 до 21:00 ч) и менее трех в течение 1 часа (в каждом измеряемом интервале времени) рассматривается как сигнал тревоги со стороны плода и требует проведения кардиомониторного исследования.

Все данные опроса обследования, результаты клинико-лабораторных исследований, заключения других специалистов, советы и назначения, а также индивидуальный план наблюдения за течением беременности, который согласуется с главным врачом (заведующим) женской консультации, заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» при каждом посещении с указанием диагнозов и даты последующей явки на прием и подтверждаются подписью врача.

Тест движений плода «Считай до 10»

Ф. И. О. ___________________

Адрес ______________________

Дом. телефон _______________

Часы	28–40 неделя						
9:00	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс

«Индивидуальные карты беременной и родильницы» хранятся в кабинете каждого врача-акушера-гинеколога в картотеке по датам очередного посещения.

В картотеке должны быть выделены также карты родивших; женщин, подлежащих патронажу, и беременных, госпитализированных в стационар.

Для патронажа отбираются карты женщин, не явившихся в назначенный срок. Патронаж на дому производится акушеркой по назначению врача. Для проведения осмотра на дому акушерка должна иметь тонометр, фонендоскоп, сантиметровую ленту, акушерский стетоскоп или портативный ультразвуковой аппарат.

Записи о результатах патронажного посещения акушеркой заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» и фиксируются в «Тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)».

В наиболее сложных случаях патронаж на дому проводится врачом-акушером-гинекологом.

Беременные с акушерской патологией по показаниям госпитализируются в отделение патологии беременных родильного дома (отделения); при наличии экстрагенитальной пато-

логии рекомендуется госпитализация в отделение патологии беременных родильного дома (отделения), а также на сроке до 36–37 недель беременности – в отделение больницы по профилю заболевания. Беременные с тяжелой акушерской и/или экстрагенитальной патологией могут быть госпитализированы в специализированный родильный дом или перинатальный центр.

Для госпитализации беременных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, рекомендуется развертывание стационаров дневного пребывания в женских консультациях или родильных домах (отделениях).

Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания:

• вегето-сосудистая дистония и гипертоническая болезнь в I и II триместрах беременности;

• обострение хронического гастрита;

• анемия (снижение гемоглобина не ниже 90 г/л);

• ранний токсикоз при отсутствии или наличии транзиторной кетонурии;

• угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохраненной шейке матки;

• для проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;

• для проведения немедикаментозной терапии (иглорефлексотерапия, психо– и гипнотерапия и др.);

• для проведения неспецифической десенсибилизирующей терапии при наличии резус-отрицательной крови;

• для обследования и лечения беременных с резус-конфликтом в I и II триместрах беременности;

• для оценки состояния плода;

• для обследования и лечения при подозрении на фетоплацентарную недостаточность;

• для обследования при подозрении на порок сердца, патологию мочевыделительной системы и др.;

• для проведения специальной терапии при алкоголизме и наркомании (по показаниям);

• в критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;

• при выписке из стационара после наложения швов на шейку матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности;

• для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.

При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

Примерный распорядок дня стационара дневного пребывания беременных

8:00-8:30 – поступление в стационар 8:30-9:15 – завтрак

9:15–12:00 – врачебный обход, выполнение назначений 12:00–12:30 – второй завтрак

12:30–14:00 – выполнение назначений, отдых беременных

14:00–14:45 – обед

14:45–17:00 – отдых беременных

17:00–18:00 – выписка из стационара; санитарная уборка помещений

При наличии вредных и опасных условий труда беременным с момента первой явки выдается «Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу» с сохранением среднего заработка по прежней работе.

При решении вопроса о трудоустройстве беременных женщин следует пользоваться гигиеническими рекомендациями к рациональному трудоустройству беременных женщин.

Врач женской консультации выдает на руки беременной в сроки 22–23 недели «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы».

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом-акушером-гинекологом, а при его отсутствии – врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно с 28 недель беременности продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).[4]

В случае неиспользования по каким-либо причинам права на своевременное получение отпуска по беременности и родам или при наступлении преждевременных родов листок нетрудоспособности выдается на весь период отпуска по беременности и родам.

При родах, наступивших в период с 28 до 30 недель беременности и рождении живого ребенка, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женской консультацией на основании выписки из родильного дома (отделения), где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 суток после родов (168 часов) – на 86 календарных дней; при временном выезде женщины с места постоянного жительства – родильным домом (отделением), где произошли роды.

При осложненных родах листок нетрудоспособности дополнительно на 16 календарных дней может выдаваться родильным домом (отделением) или женской консультацией по месту жительства на основании документов из лечебно-профилактического учреждения, в котором произошли роды. Перечень заболеваний и состояний, при которых роды считаются осложненными, определен «Инструкцией о порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах» Минздрава России от 14 мая 1997 г. № 2510/2926-97-32, зарегистрированной Минюстом России 14 мая 1997 г. № 1305.

При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки «Листок нетрудоспособности» выдается с периода подсадки эмбриона до установления факта беременности и далее по показаниям.

Листки нетрудоспособности регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

При оформлении отпуска по беременности и родам женщинам разъясняется необходимость регулярного посещения консультации и предоставляется подробная информация по уходу за будущим ребенком. Во время беременности женщин следует ознакомить с преимуществом грудного вскармливания и методами контрацепции, рекомендуемыми после родов.

Подготовка к родам и материнству проводится как индивидуально, так и в группах.

Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Партнерство во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка.

[4] Статья 255 Трудового кодекса Российской Федерации // Российская газета. 2001. 31 декабря. № 256.

Подготовка беременной и ее семьи к рождению ребенка осуществляется в соответствии с современными требованиями.

Метод физиопсихопрофилактической подготовки беременных и их семей к рождению ребенка может применяться всеми беременными, особенно группы высокого риска. Противопоказаний к использованию данного метода нет.

Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуется использование традиционных методов по психофизической подготовке беременных к родам, а также обучение их правилам личной гигиены, подготовки к будущим родам и уходу за ребенком в Школах материнства, организуемых в женских консультациях. При этом используются демонстрационные материалы, наглядные пособия, технические средства и предметы ухода за ребенком.

Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в Школе материнства являются акушерки и медицинские сестры, получившие специальную подготовку.

К посещению Школы материнства следует привлекать всех женщин с I триместра беременности, желательно вместе с будущими отцами или близкими родственниками.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью не более 10–15 человек, желательно объединять женщин с одинаковыми сроками беременности.

Для активного привлечения будущих отцов, а также других членов семьи на занятия по подготовке к деторождению в женских консультациях необходимо обеспечить доступную информацию о программах и времени проведения занятий.

Программа занятий с беременными в Школе материнства

Занятие 1

I. Анатомо-физиологические изменения в организме матери во время беременности

1. Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.

2. Женские и мужские половые клетки.

3. Развитие внутриутробного плода.

3.1. Оплодотворение.

3.2. Первые признаки беременности.

3.3. Развитие плода по месяцам беременности, его реакции на внешние раздражители.

3.4. Роль плаценты и амниотических вод в жизнеобеспечении плода.

3.5. Физиологические изменения в организме женщины, периоды беременности.

4. Факторы риска беременности.

4.1. Что такое факторы риска?

4.2. Влияние здоровья родителей на здоровье будущего ребенка.

4.3. Роль наследственности.

4.4. Алкоголь, курение, прием наркотических и токсических веществ родителями как вредный фактор риска патологии плода.

4.5. Влияние других неблагоприятных факторов на плод (производственных, инфекционных, лекарственных, радиационных и др.).

4.6. Осложнения беременности.

5. Медицинское наблюдение.

5.1. Важность раннего обращения беременной в женскую консультацию.

5.2. Частота посещений врача-акушера-гинеколога, акушерки.

5.3. Необходимость выполнения обязательного объема медицинского обследования во время беременности.

5.4. Знакомство с современными инструментальными методами слежения за состоянием здоровья матери и плода.

5.5. Обучение беременных некоторым тестам для оценки развития беременности и состояния плода.

Занятие 2

II. Гигиенические правила в период беременности

1. Изменение образа жизни.

1.1. Рекомендации по режиму труда, в том числе домашней работы. Законодательные права беременной.

1.2. Режим дня.

1.3. Половая жизнь.

2. Питание.

2.1. Понятие о калорийности пищи и сбалансированном рационе продуктов питания.

2.2. Прием жидкости.

2.3. Роль витаминов и микроэлементов для здоровья матери и плода.

2.4. Особенности питания при патологических состояниях (ранний токсикоз, запоры, гипертензия, заболевание почек и др.).

3. Личная гигиена.

3.1. Значение соблюдения чистоты тела (уход за кожей, зубами, молочными железами, половыми органами и др.).

3.2. Одежда, обувь, белье.

3.3. Роль грудного вскармливания до 6 месяцев жизни ребенка.

3.4. Использование природных факторов для закаливания и оздоровления организма женщины.

4. Роль гигиенической гимнастики в период беременности.

4.1. Обучение комплексу физических упражнений в зависимости от срока беременности.

4.2. Обучение умению расслабляться («быстрый отдых»).

5. Особенности психоэмоционального состояния беременной.

5.1. Психологическая адаптация женщины к беременности.

5.2. Роль семьи в психологической и физической поддержке женщины во время беременности, родов и после рождения ребенка.

Занятие 3

III. Подготовка к «родам без страха»

1. Календарные сроки наступления родов.

2. Предвестники родов.

3. Подготовка к поступлению в родильный дом.

4. Периоды родов и их продолжительность.

5. Поведение во время родов.

5.1. Значение правильного и спокойного поведения женщины в родах.

5.2. Роль партнерства в родах.

5.3. Доверие к медицинскому персоналу и необходимость выполнения всех его рекомендаций.

5.4. Обучение различным способам дыхания для благополучного течения родов.

5.5. Обучение приемам обезболивания родов.

5.6. Аутотренинг и точечный самомассаж для укрепления психоэмоционального состояния в родах.

6. Первые часы после родов. Значение раннего прикладывания ребенка к груди в родильном зале.

7. Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.

8. Контрацепция после родов.

9. Законодательные права материнства.

Программа занятий врача педиатра с беременными в Школе материнства

Занятие 1

I. Ребенок родился

1. Признаки доношенного ребенка.
2. Анатомо-физиологические особенности новорожденного.
3. Гормональный криз у новорожденных.
4. Значение совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме.
5. Правила личной гигиены при общении с новорожденным.
6. Техника прикладывания ребенка к груди.
7. Советы по подготовке комплекта белья для новорожденного при выписке из родильного дома.

Занятие 2

II. Уход за новорожденным в семье

1. Подготовка и гигиена «уголка» ребенка в семье.

2. Предметы ухода за ребенком.

3. Правила ухода за ребенком.

3.1. Туалет ребенка, его купание.

3.2. Уход за кожей и пупочной ранкой.

3.3. Свободное пеленание.

3.4. Режим дня.

4. Вскармливание новорожденного.

4.1. Роль грудного вскармливания в формировании здоровья ребенка.

4.2. Значение контрольного взвешивания ребенка при грудном вскармливании.

4.3. Питье новорожденного.

4.4. Искусственное вскармливание.

5. Влияние вредных факторов на здоровье ребенка.

5.1. Недопустимость вредных привычек в семье (курение, алкоголь, прием наркотических и токсических веществ).

6. Советы и обучение выполнению медицинских рекомендаций.

6.1. Приемы массажа и элементы гимнастики у новорожденного.

6.2. Техника измерения температуры.

6.3. Пользование очистительной клизмой и газоотводной трубкой.

6.4. Пользование грелкой, применение согревающих компрессов.

6.5. Подготовка и техника дачи лекарств при назначении врача, опасность самолечения.

Интерьер кабинета для проведения групповых занятий должен создавать у слушателей психологический комфорт. Рекомендуется иметь кушетки или удобные кресла, набор рисунков и таблиц, слайдоскоп, магнитофон, аудиокассеты со специальными музыкальными программами и др.

Целесообразно обеспечить возможность самостоятельного просмотра видеокассет по проблемам гигиены беременных, семейной подготовки к родам, правилам грудного вскармливания, ухода за новорожденным, контрацепции после родов и т. д.

Организация наблюдения родильниц

В связи с ранней выпиской родильниц акушерка женской консультации осуществляет активный патронаж родильниц на дому (на 2-3-е сутки после выписки) с последующим патронажем врача-акушера-гинеколога по показаниям, в том числе после оперативного родоразрешения. Информация о родильнице передается в виде телефонограммы в женскую консультацию из родильного дома (отделения), где произошли роды.

При первом посещении родильницы врач-акушер-гинеколог знакомится с выпиской из стационара о течении и исходе родов, выявляет жалобы, характер лактации и обращает внимание на состояние молочных желез, брюшной стенки и характер лохий. Влагалищное исследование (с тщательным соблюдением правил асептики и антисептики) производится по показаниям.

У всех родильниц выясняется вопрос об особенностях лактации. Следует убеждать женщину в необходимости исключительно грудного вскармливания в первые 4–6 месяцев жизни младенца, учитывая важную роль материнского молока в формировании здоровья ребенка. В послеродовом периоде осуществляется подбор метода контрацепции. При этом необходимо разъяснить достоинства и недостатки выбранного метода с учетом грудного вскармливания. Следует уделить внимание возможности использования метода лактационной аменореи.

Порядок наблюдения женщин в послеродовом периоде при нормальном и осложненном течении содержится в «Схемах динамического наблюдения беременных женщин и родильниц» (Приложение № 2).

Родильницы с осложненным течением послеродового периода, не явившиеся в установленные врачом сроки в женскую консультацию, подлежат патронажу на дому.

В случае родов на дому родильница с новорожденным бригадой скорой медицинской помощи госпитализируется в родильный дом. При отказе от госпитализации врач-акушер-гинеколог женской консультации производит осмотр родильницы на дому с занесением данных и назначений в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» с последующим ее посещением через 2–3 дня. Врач-педиатр осматривает новорожденного и приглашает родильницу на прием в детскую поликлинику, где выдается «Медицинское свидетельство о рождении (с корешком)». При рождении мертвого ребенка или смерти его в течение 168 часов после родов «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (с корешком)» выдается врачом-патологоанатомом или врачом судебно-медицинской экспертизы после проведения патологоанатомического или судебно-медицинского исследования.

Сведения о родах, данные осмотра и проведенных исследований родильницы, назначения и сведения о методе контрацепции заносятся в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». В карту вкладывается вся медицинская документация родильницы: «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы», выписной эпикриз из родильного дома (отделения) и др.

Медицинская документация в течение послеродового периода хранится в специальной ячейке картотеки.

Оказание специализированных видов акушерско-гинекологической помощи

Специализированная помощь организуется в крупных женских консультациях (при наличии восьми и более акушерско-гинекологических участков), в специализированных родильных домах (отделениях), на базах кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ акушерско-гинекологического профиля.

Вопрос об организации специализированных видов акушерско-гинекологиче-ской помощи решают местные органы управления здравоохранением. Виды специализированной помощи, уровень ее размещения определяются исходя из наличия контингента беременных или гинекологических больных, соответствующих специалистов с необходимым уровнем подготовки, состояния материально-технической базы акушерско-гинекологических учреждений. Посещаемость врачей-акушеров-гинекологов, ведущих специализированный прием, составляет примерно 12 % от общего объема посещений врачей-акушеров-гинекологов.

Для работы в специализированных отделениях (кабинетах) должны привлекаться опытные (стаж работы не менее 5 лет) врачи-акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку.

Рекомендуется организовывать следующие виды специализированной помощи:

- невынашивание беременности;
- экстрагенитальные заболевания у беременных;
- гинекологические заболевания у девочек до 18 лет;
- бесплодие;
- патология шейки матки;
- планирование семьи.

В женских консультациях целесообразно организовать работу с прикрепленным населением путем создания кабинета специализированной помощи для женщин старше 40 лет с возможностями обследования и коррекции менопаузальных расстройств. Эта работа проводится врачами или специально подготовленными акушерками в индивидуальном порядке. Основной задачей является сохранение здоровья и улучшение качества жизни у женщин старшего возраста путем проведения консультативно-диагностической, лечебной, оздоровительной и санитарно-просветительной работы.

Оказание акушерско-гинекологической помощи в условиях дневного стационара

Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях (женская консультация), стационары (отделения, палаты) дневного пребывания в родильных домах (отделениях), гинекологических отделениях многопрофильных больниц организуются в целях улучшения качества медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, не требующим круглосуточного наблюдения и лечения. При ухудшении состояния больные женщины переводятся в соответствующие отделения больницы.

Дневные стационары организуются при женских консультациях, родильных домах (отделениях), перинатальных центрах, клинических базах профильных НИИ и кафедр образовательных медицинских учреждений, имеющих соответствующую материально-техническую базу и кадры.

Рекомендуемая мощность дневного стационара не менее 5-10 коек. Для обеспечения полноценного лечебно-диагностического процесса длительность пребывания больного в дневном стационаре должна быть не менее 6–8 часов.

Стационар осуществляет преемственность в обследовании, лечении и реабилитации больных с другими учреждениями здравоохранения.

Руководство дневным стационаром осуществляет главный врач (заведующий) учреждения, на базе которого организуется данное структурное подразделение.

Штаты медицинского персонала и режим работы дневного стационара женской консультации определяются в зависимости от объема оказываемой помощи.

На пациенток дневного стационара заводится «Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице».

Диагностика и лечение пациенток осуществляется согласно отраслевым стандартам объемов акушерско-гинекологической помощи.

При выписке беременных или гинекологических больных сведения о проведенном лечении с необходимыми рекомендациями передаются врачу, который направил больную на лечение.

Обеспечение консультирования и услуг по планированию семьи и профилактике абортов

Женская консультация наряду с центром планирования семьи и репродукции является важным звеном в работе по профилактике абортов, обеспечению консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и индивидуального подбора средств и методов контрацепции.

Работу по вопросам планирования семьи осуществляют врачи-акушеры-гинекологи и акушерки, имеющие специальную подготовку. Прием осуществляется по графику. Время на прием пациента не ограничивается и определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Специализированный кабинет (прием) по планированию семьи оснащается аудио– и видеотехникой, с демонстрацией средств контрацепции, наглядными пособиями, печатными информационными материалами для населения по вопросам планирования семьи и профилактики абортов. Для удобства населения специализированный прием рекомендуется проводить в утренние и вечерние часы.

При первоначальном консультировании особое внимание уделяется общему и репродуктивному анамнезу, выявляется наличие экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, особенно инфекций, передаваемых половым путем, число беременностей, родов, абортов, а также степень осведомленности пациентки о методах контрацепции. Выясняются также сведения о состоянии здоровья мужа (партнера). Врач информирует пациентку о всех методах контрацепции (механизм действия, эффективность, возможные побочные эффекты и т. д.), помогает выбрать наиболее приемлемый метод контрацепции с учетом состояния ее здоровья, желания и планов на деторождение.

Консултирование по конкретно выбранному методу включает подробный инструктаж по использованию данного метода, возможным побочным эффектам и осложнениям, рекомендации по наблюдению у врача и сроках его посещения. На повторных приемах выясняется степень удовлетворенности пациентки используемым методом, оценивается правильность его применения и эффективность, наличие побочных явлений. При наличии осложнений или по желанию женщины подбирается другой метод контрацепции.

Консультирование, обследование и лечение пациентов, обратившихся по вопросам планирования семьи, проводится согласно действующим стандартам.

Порядок и объем обследования (общего, гинекологического, лабораторного) для назначения метода контрацепции и направления женщин для прерывания беременности, а также динамическое наблюдение женщин, прервавших беременность, представлен в Приложении № 3. Результаты обследования и сведения о назначенном методе контрацепции заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного».

Введение и удаление имплантов, операции искусственного прерывания беременности ранних сроков рекомендуется проводить в малой операционной; введение инъекционных контрацептивов – в процедурном кабинете.

В сложных случаях, требующих более квалифицированного обследования и лечения, врач направляет пациенток в территориальные центры планирования семьи и репродукции.

Врач-акушер-гинеколог на общем или специализированном приеме оформляет на женщин, использующих внутриматочные и гормональные (оральные, инъекционные, импланты) средства, «Контрольную карту диспансерного наблюдения» и осуществляет динамическое наблюдение за этими пациентками.

Особое внимание требует группа пациенток, имеющих повышенный риск наступления нежелательной беременности. К ним относятся женщины после родов и прерывания беременности, пациентки с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, подростки и др.

В программу занятий с беременными по подготовке к родам необходимо включать беседы о методах контрацепции с целью информации и выработки у женщин мотивации к их использованию после родов. Женщинам, получающим направление на прерывание беременности, рекомендуется обязательное посещение врача-акушера-гинеколога после прерывания беременности для подбора метода контрацепции и проведения рекомендованных стационаром реабилитационных мероприятий.

Работа с молодежью, представляющей группу риска по возникновению нежелательной беременности и инфекций, передаваемых половым путем, может осуществляться путем выделения специальных часов на специализированных приемах в кабинетах планирования семьи.

Работа по планированию семьи в центральных районных больницах (ЦРБ) возлагается на врачей акушеров-гинекологов. Они также организуют и курируют работу среднего медицинского персонала участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

Проведение консультирования пациентов, подбор методов контрацепции, отбор женщин на консультацию к врачу-акушеру-гинекологу, наблюдение за женщинами после родов и прерывания беременности возлагается на акушерок (фельдшеров, медицинских сестер), прошедших специальную подготовку. Они ведут учет работы и распространяют контрацептивы.

Врач-акушер-гинеколог проводит образовательные программы с населением по проблеме планирования семьи и профилактики абортов, в том числе через средства массовой информации.

Врачи-акушеры-гинекологи повышают свою квалификацию по вопросам планирования семьи в центрах планирования семьи и репродукции и других специализированных профильных учреждениях.

Критериями эффективности работы по планированию семьи и профилактике абортов являются следующие показатели:

- абсолютное число абортов, в том числе у женщин различных возрастных групп;
- число абортов на 1000 женщин фертильного возраста;
- число абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми;
- число абортов у первобеременных: абсолютное число и в процентах к общему числу абортов;
- число криминальных абортов;

• число самопроизвольных абортов;

• число женщин, использующих методы контрацепции, на 1000 женщин фертильного возраста, в том числе гормональные контрацептивы, внутриматочные средства, медицинская стерилизация;

• число женщин, умерших после абортов, из них после начатых и начавшихся вне лечебного учреждения.

Для оценки эффективности работы по планированию семьи наряду с анализом динамики показателей следует проводить опрос клиентов об удовлетворенности оказываемой помощью.

Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению

Основной задачей акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является приближение врачебной помощи к жительницам села, преемственность в работе отдельных ее звеньев, совершенствование форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

Амбулаторно-поликлиническую акушерско-гинекологическую помощь на селе оказывают женские консультации районных, центральных районных больниц, в акушерско-гинекологических кабинетах сельских врачебных амбулаторий, ФАПах. Консультативная, в основном специализированная, помощь обеспечивается акушерско-гинекологическими отделениями республиканских, областных больниц, перинатальных центров, в том числе на базах профильных кафедр образовательных медицинских учреждений и НИИ.

Профилактическим гинекологическим осмотрам подлежат женщины старше 18 лет, проживающие или работающие в учреждениях и организациях, расположенных на территории обслуживания лечебно-профилактического учреждения.

При проведении профилактических гинекологических осмотров рекомендуется использование цитологического и кольпоскопического методов. Среди женщин выделяются пациентки, требующие лечения или динамического наблюдения. Каждой акушеркой ведется специальная картотека диспансерных гинекологических больных. В «Контрольной карте динамического наблюдения» указывается дата последующего осмотра, назначенная врачом-акушером-гинекологом, и дата его фактического проведения.

Дубликаты этих карт находятся у врача-акушера-гинеколога района, который отвечает за качество лечения и наблюдения больных. Больные могут быть вызваны для осмотра врачом в районную больницу или осмотрены при выездах врачебных бригад.

Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам в сельской местности является этапность ее оказания, позволяющая предоставлять различный объем и уровень медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

На I этапе амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь жительницам села оказывается акушерками ФАПов и участковых больниц, врачами общей практики.

Эта работа в основном носит профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний.

Здоровые женщины с неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая врача-акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ, районной больницы или выездной врачебной бригады 6–8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАПам и участковым больницам.

На II этапе амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается женскими консультациями районных, центральных районных больниц, территориальных медицинских объединений государственного и муниципального подчинения. На этом этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводятся консультации другими специалистами, после чего составляется индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала I этапа; за беременными группы риска устанавливается динамическое наблюдение, в необходимых случаях решается вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременные и гинекологические больные, нуждающиеся в специальном обследовании и лечении, направляются на III и IV этапы в женские консультации, поликлиники и стационары республиканских, областных больниц, перинатальных центров, научно-исследовательские учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской академии медицинских наук и профильные кафедры высших учебных заведений, базы которых имеют соответствующее материально-техническое обеспечение. На этих этапах оказывается консультативная и лечебная помощь в основном беременным группы риска и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые не могут быть проведены на предыдущих этапах. Беременным проводятся клинико-диагностические исследования (гормональные, биохимические, микробиологические, иммунологические и функциональные методы) для определения состояния плода.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов врачебная акушерско-гинекологическая помощь оказывается также выездными бригадами, в состав которых могут входить врач-акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра.

Работу врача-акушера-гинеколога выездной бригады координирует районный врач-акушер-гинеколог. График выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер и акушерка имеют список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Врач-акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады:

- проводит профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование;
- обследует беременных и гинекологических больных;
- обучает женщин методам и средствам контрацепции;
- оказывает при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии;
- проводит беседы или лекции для населения.

Свою деятельность врач-акушер-гинеколог выездной бригады фиксирует в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде врач-акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Справки о необходимости перевода на более легкую работу или о предоставлении отпуска по беременности и родам, листки нетрудоспособности в связи с выявленной патологией выдаются женщинам врачами-акушерами-гинекологами или акушерками, наблюдающими за ними.

В сельских медицинских учреждениях ведутся специальные журналы для замечаний и рекомендаций районного врача-акушера-гинеколога, врача-акушера-гинеколога выездной бригады, старшей акушерки района (там, где она выделена), других специалистов.

Руководство деятельностью акушерско-гинекологическими учреждениями в районе осуществляется заместителем главного врача ЦРБ по детству и родовспоможению. Организационно-методическое руководство осуществляется главным акушером-гинекологом рай-

она – квалифицированным специалистом, прошедшим подготовку по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи.

Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, работающим на промышленных предприятиях

Врачи-акушеры-гинекологи женских консультаций проводят в прикрепленных организациях весь комплекс лечебно-профилактической работы. В организациях, где сохранены медико-санитарные части, акушерско-гинекологическую помощь оказывает врач-акушер-гинеколог цехового врачебного участка.

Экспертиза временной нетрудоспособности в женской консультации осуществляется врачом-акушером-гинекологом, назначенным главным врачом (заведующим) женской консультации.

Для статистического анализа временной нетрудоспособности используется отчетная форма № 16-ВН, адаптированная к МКБ-10.

Список болезней и состояний по МКБ-10:

Код

А18.1 – туберкулез мочеполовых органов А34 – акушерский столбняк А50 – врожденный сифилис А51 – ранний сифилис А52 – поздний сифилис

А53 – другие и неуточненные формы сифилиса А54 – гонококковая инфекция

А56 – другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем А59 – трихомоноз

А59.0 – урогенитальный трихомоноз А60 – аногенитальная герпетическая вирусная инфекция А63 – другие болезни, передаваемые преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках

815 – острый гепатит А

816 – острый гепатит В

817 – другие острые вирусные гепатиты

818 – хронический вирусный гепатит

819 – вирусный гепатит неуточненный

820 – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), проявляющаяся в виде инфекционных и паразитарных болезней

В25 – цитомегаловирусная инфекция В37.3 – кандидоз вульвы и вагины В58 – токсоплазмоз

С50 – злокачественное новообразование молочной железы С51 – злокачественное новообразование вульвы С52 – злокачественное новообразование влагалища С53 – злокачественное новообразование шейки матки С54 – злокачественное новообразование тела матки

С55 – злокачественное новообразование матки неуточненной локализации С56 – злокачественное новообразование яичника

С57 – злокачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов

С58 – злокачественное новообразование плаценты

Д24 – доброкачественное новообразование молочной железы

Д25 – лейомиома матки

Д25.0 – подслизистая лейомиома матки

Д26 – другие доброкачественные новообразования матки

Д27 – доброкачественное новообразование яичника

Д28 – доброкачественное новообразование других и неуточненных женских половых органов

N60 – доброкачественная дисплазия молочной железы N61 – воспалительные болезни молочной железы N64 – другие болезни молочной железы N70 – сальпингит и оофорит

N71 – воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки N72 – воспалительная болезнь шейки матки N73 – другие воспалительные болезни женских тазовых органов N75 – болезни бартолиновой железы

N76 – другие воспалительные болезни влагалища и вульвы N80 – эндометриоз

N81 – выпадение женских половых органов

N82 – свищи с вовлечением женских половых органов

N83 – невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки

N83.0 – фолликулярная киста яичника

N83.1 – киста желтого тела

N83.2 – другие и неуточненные кисты яичника

N84.0 – полип тела матки

N84.1 – полип шейки матки

N85 – другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки N86 – эрозия и эктропион шейки матки N87 – дисплазия шейки матки

N88 – другие невоспалительные болезни шейки матки

N88.0 – лейкоплакия шейки матки

N89 – другие невоспалительные болезни влагалища

N90 – другие невоспалительные болезни вульвы и промежности

N91 – отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации

N92 – обильные, частые и нерегулярные менструации

N93 – другие аномальные кровотечения из матки и влагалища

N95 – нарушение менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде

N96 – привычный выкидыш

N97 – женское бесплодие

O00 – внематочная [эктопическая] беременность

O01 – пузырный занос

003 – самопроизвольный аборт

004 – медицинский аборт

005 – другие виды аборта

006 – аборт неуточненный

O08 – осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью

010 – существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период

011 – существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией

012 – вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии

013 – вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии

014 – вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией

015 – эклампсия

016 – гипертензия у матери неуточненная

020 – кровотечение в ранние сроки беременности O20.0 – угрожающий аборт

021 – чрезмерная рвота беременных

022 – венозные осложнения во время беременности

023 – инфекции мочеполовых путей при беременности

024 – сахарный диабет при беременности

025 – недостаточность питания при беременности O40 – многоводие

044 – предлежание плаценты

045 – преждевременная отслойка плаценты

O45.0 – преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови

046 – дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках

047 – ложные схватки

O60 – преждевременные роды O72 – послеродовое кровотечение

O82 – роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения O85 – послеродовой сепсис

Перечень первичной медицинской документации, используемый в женской консультации

1. Медицинская карта амбулаторного больного.
2. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов.
3. Талон на прием к врачу.
4. Талон амбулаторного пациента.
5. Талон амбулаторного пациента (сокращенный вариант).
6. Единый талон амбулаторного пациента.
7. Талон на законченный случай временной нетрудоспособности.
8. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного.
9. Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты.
10. Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице.
11. Журнал учета процедур.
12. Контрольная карта диспансерного наблюдения.
13. Книга записи вызова врача на дом.
14. Журнал записи родовспоможений на дому.
15. Журнал для записи заключений ВКК.
16. Кодировочный талон.
17. Книга регистрации листков нетрудоспособности.
18. Журнал учета санитарно-просветительной работы.
19. Ведомость учета посещений поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации и на дому.
20. Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, ФАП, колхозного родильного дома.
21. Карточка предварительной записи на прием к врачу.
22. Карта больного, лечащегося в кабинете лечебной физкультуры.
23. Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете).
24. Журнал записи рентгенологических исследований.
25. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, о пищевом, остром профессиональном отравлении, о необычной реакции на прививку.
26. Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью.
27. Журнал записи амбулаторных операций.
28. Справка для получения путевки в санаторно-курортное учреждение, дом отдыха, пансионат, турбазу.
29. Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков.
30. Журнал регистрации амбулаторных больных.
31. Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением ФАП, колхозных родильных домов.
32. Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу.

33. Книга записи работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждений здравоохранения.

34. Направление на медико-социальную экспертизу.

35. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы.

36. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания.

37. Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта.

38. Рецепт.

39. Рецепт на право получения лекарства, содержащего наркотические вещества (специальный рецептурный бланк).

40. Индивидуальная карта беременной и родильницы.

41. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы.

42. Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).

43. Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделении (кабинете) функциональной диагностики.

44. Направление на анализ.

45. Направление на гематологический, общеклинический анализ.

46. Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости.

47. Направление на цитологическое исследование и результат исследования.

48. Направление на исследование крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования.

49. Журнал регистрации серологических исследований.

50. Листок нетрудоспособности.

Социально-правовая помощь

Оказание социально-правовой помощи в женской консультации является одним из звеньев в системе мер по охране материнства и детства. Эта работа осуществляется юрисконсультом, который непосредственно подчиняется руководителю учреждения. Свою работу юрисконсульт организует в соответствии с действующим законодательством.

Должность юрисконсульта предусматривается в женских консультациях с числом врачебных должностей от 11 и 0,5 должности на женскую консультацию от 5 до 10 врачебных должностей.[5] Вместе с тем руководитель учреждения может вводить должность данного специалиста в штат консультации любой мощности.

Дни и часы работы юрисконсульта должны быть известны женщинам и специалистам. Работа носит индивидуальный, иногда групповой характер. Женщины могут направляться на прием к юрисконсульту врачами акушерами-гинекологами и другими специалистами или обращаться самостоятельно.

Сведения о пациентках и принятых решениях заносятся в «Книгу записей работы старшего юрисконсульта, юрисконсульта учреждения здравоохранения».

---

[5] Приказ Минздрава России «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при учреждениях здравоохранения» от 22 мая 2001 г. № 165 (в гос. регистрации не нуждается; письмо Минюста России от 2 июля 2001 г. № 07/6619-ЮД).

В женской консультации могут быть созданы специальные стенды или организованы групповые беседы по правовым вопросам. Юрисконсульт составляет ежегодные отчеты о своей деятельности и представляет руководителю учреждения.

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО Приказом Минздрава России от 10.02.2003 г. № 50

Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с первой явки по поводу беременности, и родильницы.

При физиологическом течении беременности практически здоровой женщине рекомендуется повторно посетить врача-акушера-гинеколога с результатами анализов и заключениями врачей через 7-10 дней после первого обращения, а затем 1 раз в месяц до 28 недель беременности; после 28 недель беременности – 2 раза в месяц. Частота наблюдения врачом акушером-гинекологом может быть установлена до 6–8 раз (до 12 недель, 16 недель, 20 недель, 28 недель, 32–33 недель, 3637 недель) при условии регулярного наблюдения специально подготовленной акушеркой.

При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает.

Объем обследования беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска включает также перечень исследований, указанный при физиологической беременности.

В последующих разделах приведены согласно диагнозу частота наблюдения врачом акушером-гинекологом, осмотр других специалистов, лабораторные и другие исследования, основные лечебно-оздоровительные мероприятия, показания к госпитализации.

Диагноз	Частота наблюдения врачом-акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей
1	2	3
I. Физиологическая беременность		
	За время беременности 10 раз: после первого осмотра явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов; в дальнейшем: 1 раз в месяц до 28 недель; 2 раза в месяц — после 28 недель беременности. Частота наблюдений может быть 6–8 раз при наблюдении акушеркой каждые 2 недели, после 37 недель — каждые 7–10 дней. При выявлении патологии частота посещений врача-акушера-гинеколога возрастает	Терапевт — 2 раза; окулист, оториноларинголог, стоматолог — 1 раз при первой явке, в дальнейшем — по показаниям, другие специалисты — по показаниям
II. Беременность патологическая (акушерская патология)		
Рвота беременных легкая или умеренная	1 раз в 10 дней	То же

Схемы динамического наблюдения беременных и родильниц

Лабораторные и другие исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия	Показания к госпитализации
4	5	6
Клинический анализ крови 3 раза (при первом посещении, при сроке 18 и 30 недель); анализ мочи при каждом посещении; микроскопическое исследование отделяемого влагалища 2 раза (при первом посещении и сроке 30 недель); группа крови и Rh-фактор; при резус-отрицательной принадлежности — обследование мужа на групповую и Rh-принадлежность; анализ крови на RW — 3 раза (при первом посещении, сроке 30 недель, за 2–3 недели до родов); анализ крови на ВИЧ — 2 раза (при первом посещении и сроке 30 недель); УЗИ — 3 раза (при сроке 10–14 недель, 20–24 недели, 32–34 недели). Исследование крови на АФП, ХГЧ в 16–20 недель. При первом посещении рекомендуется обследование на наличие возбудителей TORCH-комплекса и носительство вирусов гепатита B и C (тест на гепатит B и C повторяется в III триместре). Тест шевеления плода с 28 недель; оформление гравидограммы при каждом посещении	Гигиена беременной; режим труда и отдыха; диета; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам; ультрафиолетовое облучение; витаминотерапия; профилактика йоддефицитных состояний; бандаж	
Контроль за массой тела, диурезом. АД. Клинический анализ крови, гематокрит: ацетон и кетоновые тела в моче — 1 раз в 2 недели: биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, прямой и непрямой, электролиты — Na, K, Cl, глюкоза, креатинин) — 1 раз, по показаниям — чаще	Диета (частое, дробное питание без ограничения жидкости); психотерапия, витамины, антигистаминные препараты, противорвотные и седативные средства	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

неукротимая или тяжелая	–	–
Отеки беременных	2 раза в неделю. По исчезновении отеков — 1 раз в неделю	То же
Протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности	–	–
Невынашивание беременности: вне беременности*	В соответствии с графиком обследования	Эндокринолог, невропатолог, окулист, терапевт, генетик, физиотерапевт

–	–	Обследование и лечение в стационаре
Контроль за массой тела, диурезом, АД. Клинический анализ крови; анализ мочи — 1 раз в неделю; анализ суточной мочи на белок, исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Другие исследования — по показаниям	Диета с ограничением соли и свободной жидкости, лечебно-охранительный режим, режим в домашних условиях (стационар на дому); витаминотерапия, растительные мочегонные средства	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
–	–	Необходимость стационарного лечения
Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры; гистеросальпингография на 18–20-й день менструального цикла с измерением диаметра истмуса; 17-КС на 5-й день цикла и на 4-й день повышения ректальной температуры; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма) на 3–5-й день менструального цикла; исследование на TORCH-комплекс и Rh-принадлежность крови супругов, определение групповых и Rh-антител, биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок), гемостазиограмма; исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта (ВА) и антитела к ХГЧ, рентгенография черепа и турецкого седла по показаниям; гистероскопия (для выявления внутриматочных синехий); медико-генетическое обследование, УЗИ органов малого таза; спермограмма		

вне беременности, обусловленное гиперандрогенией	То же	То же
во время беременности: I триместр (до 12 недель)	1 раз в 2 недели с обязательным влагалищным исследованием и осмотром шейки матки в зеркалах	Генетик, эндокринолог, физиотерапевт — по показаниям

Измерение ректальной температуры. Массо-ростовой коэффициент; определение уровня 17-КС в моче, дегидроэпиандростерона (ДЭА), эстрадиола, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона, 17-гидроксипрогестерона в крови на 5–8-й день менструального цикла и II фазе — уровень эстрадиола и прогестерона; УЗИ органов малого таза. По показаниям — рентгенография черепа, турецкого седла; электроэнцефалограмма; поля зрения; тест на толерантность к глюкозе; медико-генетическое обследование; дифференциально-диагностические гормональные пробы для определения формы гиперандрогении	Медикаментозное лечение в зависимости от клинико-патогенетических форм гиперандрогении. При гиперандрогении надпочечникового генеза — глюкокортикоидная терапия с 1-го дня менструального цикла и продолжается в течение беременности. Доза подбирается под контролем 17-КС в моче (не более 0,5 мг дексаметазона). При яичниковой форме гиперандрогении гестагены во II фазу менструального цикла в течение 2–3 циклов, стимуляция овуляции и глюкокортикоиды в индивидуальном режиме. При смешанной форме гиперандрогении — нормализация обменных процессов (снижение веса, при ожирении), гестагены во II фазу менструального цикла в течение 2–3 циклов, глюкокортикоидная терапия в индивидуальном режиме	
Клинический анализ крови, мочи. Измерение ректальной температуры до 11 недель, исследование в моче ХГЧ — 1 раз в 2 недели, 17-КС в моче — 1 раз в 1–2 недели. ДЭА в крови. Анализ крови на Rh-групповые антитела; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала, гемостазиограмма, исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ, биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). УЗИ матки	Спазмолитические препараты; по показаниям — глюкокортикоиды в течение всего триместра беременности под контролем экскреции 17-КС в моче; гестагены с 7–8 недель при яичниковой и смешанной форме гиперандрогении и наступлении беременности после стимуляции овуляции; физиотерапия; иглорефлексотерапия; иммуноцитотерапия (лимфоцитами мужа). По показаниям при хроническом вирусоносительстве иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.	Угроза прерывания беременности

II триместр (до 28 недель)	То же	То же
III триместр (с 28 недель)	1 раз в 10 дней	Терапевт — по показаниям
вне беременности, обусловленное инфекционным генезом	То же	То же

УЗИ при сроке 20–24 недель. Гемостазиограмма. Исследование крови на ВА и антитела к ХГЧ. При наличии ВА и анти-ХГЧ гемостазиограмма 1 раз в 2–3 недели. При гиперандрогении: исследование в моче 17-КС 1 раз в 2 недели; тонусометрия матки. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза). Осмотр шейки матки с 12 недель каждые 2 недели	Спазмолитические препараты; по показаниям — глюкокортикоиды под контролем экскреции 17-КС в моче (при яичниковой форме гиперандрогении до 20 недель, при надпочечниковой или сочетанной формах продолжить в III триместре; при угрозе выкидыша — продолжить независимо от формы гиперандрогении); физиотерапия; бета-миметики (партусистен, бриканил, сальбутамол, фенотерол); курс профилактической терапии плацентарной недостаточности с 18 недель. При наличии ВА под контролем гемостазиограммы антиагреганты и/или антикоагулянты; иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап. при хронической вирусной инфекции	Хирургическая коррекция при выявлении истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) до 26 недель беременности; угроза прерывания беременности
УЗИ при сроке 32–34 недели КТГ, допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. При гиперандрогении — 17-КС в моче. Рентгенопельвиометрия после 38 недель. Механогистерография, тонусометрия матки по показаниям	Спазмолитическая терапия; по показаниям, глюкокортикоиды до 36 недель; бета-миметики; фитотерапия; иглорефлексотерапия; курс профилактической терапии плацентарной недостаточности при сроке 32–34 недели, человеческий иммуноглобулин 3 раза через день в/в кап.	Угроза преждевременных родов, подозрение на излитие околоплодных вод, плацентарная недостаточность
Микроскопическое исследование отделяемого влагалища: бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала (цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, хламидии, микоплазма); вирусурия, исследование крови на иммунный и интерфероновый статус: гистохимическое исследование лимфоцитов крови	Антибактериальная терапия в сочетании с энзимотерапией (вобэнзим, флогэнзим) с 1 по 7 день менструального цикла с одновременным и аналогичным лечением мужа, с 7-го дня цикла в течение 2 недель прием иммуномодулирующих препаратов и индукторов интерферона (иммунофан в/м через день № 10); при недостаточном эффекте терапии или при сочетании с аутоиммунными нарушениями применение плазмафереза или эндоваскулярное лазерное облучение крови	То же

во время беременности: I триместр	1 раз в 2 недели	То же
II триместр	То же	То же
III триместр	То же	То же
вне беременности, обусловленное аутоиммунным генезом	То же	То же

Дополнительно к объему рутинного обследования: бактериологический и бактериоскопический мониторинг отделяемого влагалища и цервикального канала 1 раз в 2–3 недели; исследование отделяемого из цервикального канала на наличие указанных выше вирусов	Комплексы метаболической терапии 1 раз в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; иммуноцитотерапия лимфоцитами мужа	То же
Контроль за состоянием шейки матки каждые 2 недели; при угрозе прерывания беременности или при коррекции ИЦП — микроскопический и бактериологический мониторинг отделяемого и мазков из влагалища и цервикального канала 1 раз; при отсутствии угрозы или коррекции ИЦП — 1 раз в 2–3 недели; вирусологическое исследование отделяемого цервикального канала; определение специфических антител к вирусам ЦМВ и ВПГ; исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 недель	Своевременная коррекция истмикоцервикальной недостаточности: антибактериальная и энзимотерапия по показаниям; комплексы метаболической терапии с интервалом в 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день: противовирусные препараты (виферон, интерферон альфа-2b 1 свеча 2 раза в течение 10 дней), неспецифические иммуностимуляторы (женьшень, элеутерококк); профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища по показаниям с использованием эубиотиков	
Бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища 1 раз в 2 недели; бактериологическое и вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в 2 недели; определение специфических антител к ЦМВ и ВПГ; противовоспалительные цитокины в крови и слизи из цервикального канала (по показаниям). УЗИ плода, допплерометрия и КТГ в динамике	Комплекс метаболической терапии через 10 дней; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; противовирусные препараты (свечи виферона 1 раз ежедневно в течение 10 дней), профилактика плацентарной недостаточности. Санация влагалища (по показаниям). Плазмаферез.	То же
Дополнительно к общеклиническому обследованию гемостазиограмма (ТЭГ, агрегация тромбоцитов, растворимые комплексы мономеров фибрина, продукт деградации фибрина); исследование крови на наличие волчаночного антикоагулянта, антитела к ХЧГ, антитиреодные антитела	При нарушении гемостазиограммы — антиагрегантная и антикоагулянтная терапия в индивидуальных дозах под контролем показателей гемостазиограммы; энзимотерапия; плазмаферез	То же

во время беременности: I триместр	1 раз в неделю	То же
II триместр	1 раз в 2 недели	То же
III триместр	То же	То же
Переношенная беременность	1 раз в 4–5 дней в течение 8–10 дней после предполагаемого срока родов	
Беременость у женщин с Rh(–) или ABO несовместимостью — без явлений сенсибилизации	В соответствии с графиком	

Гемостазиограмма 1 раз в неделю. Исследование крови на ВА и анти-ХГЧ антитела 1 раз в неделю (до подбора адекватной дозы глюкокортикоидов); антитиреодные антитела по показаниям	Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия по показаниям под контролем гемостазиограммы; глюкокортикоиды 1–2 табл.; системная энзимотерапия; плазмаферез; профилактика плацентарной недостаточности; иммуноглобулин в/в кап. 3 раза через день; комплексы метаболической терапии, санация влагалища по показаниям	Угроза выкидыша
Гемостазиограмма 1 раз в 2 недели. Определение ВА и анти-ХГЧ антител при отклонении показателей гемостазиограммы от нормы. Микроскопическое, бактериоскопическое, бактериологическое, вирусологическое исследование отделяемого и мазков из цервикального канала 1 раз в месяц. УЗИ, допплерометрия в 20–24 недели. Определение в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 недель; антитиреоидных антител (по показаниям)	То же	То же
То же	То же	Угроза преждевременных родов
Определение зрелости шейки матки. Амниоскопия. УЗИ, КТГ, допплерометрия после предполагаемого срока родов		Уточнение диагноза перенашивания беременности и решение вопроса о родоразрешении
Определение группы крови и Rh-фактора мужа. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в 2 месяца	Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10–12, 24–25, 32–33 недели. При Rh(+) крови мужа введение иммуноглобулина анти-Rh в дозе 350 мг в/м в 28–30 недель. Повторное введение иммуноглобулина не позднее 48–72 часов после родов	

с явлениями сенсибилизации	2 раза в месяц	Генетик — по показаниям
Предлежание плаценты без кровотечения, обнаруженное во время беременности	Не реже 1 раза в 2 недели до 30 недель, затем еженедельно	Терапевт
Многоводие	1 раз в неделю	Терапевт, генетик, другие специалисты — по показаниям
Узкий таз	В соответствии с графиком обследования	
Неправильное положение плода, в том числе тазовое	После 30 недель еженедельно	
III. Беременность и экстрагенитальная патология		
Ревматические пороки сердца	2 раза в 1 месяц, после 30 недель 3–4 раза в месяц	Срочная консультация терапевта и в дальнейшем динамическое наблюдение; ревматолог; по показаниям — другие специалисты

Иммуногенетический анализ крови супругов на изоантигены. Анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в месяц до 32 недель; 2 раза в месяц с 32 до 35 недель, затем еженедельно. УЗИ плода в сроки 10–14, 20–24, 32–34, 36–37 недель КТГ, допплерометрия в динамике. Амниоцентез (по показаниям)	Неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10–12, 24–25, 32–33 недель; при выраженной сенсибилизации глюкокортикоиды ежедневно с 26–28 недель. Иммуноцитотерапия в 10–12 недель и повторно через 4 месяца в зависимости от уровня титра Rh-антител	Госпитализация в зависимости от сроков гибели плода с гемолитической болезнью при предыдущих родах, а также в 30–34 недель с учетом титра Rh-антител, данных УЗИ о состоянии плода. Прерывание беременности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода
Гемостазиограмма, УЗИ плода 1 раз в месяц; КТГ, допплерометрия в динамике	Ограничение физической нагрузки; соблюдение режима труда и отдыха; витаминотерапия	В 36–37 недель для обследования и решения вопроса о сроках родоразрешения
Исследование на выявление сахарного диабета, резус-конфликта, хронической инфекции. Исследование плода для исключения врожденной и наследственной патологии (УЗИ, АФП, ХГЧ, эстриол, 7-ОП). УЗИ для определения объема амниотических вод. КТГ, допплерометрия в динамике. Рентгенопельвиометрия после 38 недель	Диета гипохлоридная. Медикаментозная терапия (по показаниям)	Острое многоводие или его нарастание. Подозрение или наличие пороков развития плода
Рентгенопельвиометрия после 38 недель. УЗИ, КТГ, допплерометрия в динамике		В 37–38 недель для решения вопроса о родоразрешении
То же	Корригирующая гимнастика после 32–34 недель	Госпитализация до родов
ЭКГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 недель), УЗИ сердца; ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок и др.); другие исследования — по показаниям КТГ, допплерометрия в динамике	Специальная физическая подготовка к родам; соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта, ревматолога	Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель, появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности); курс профилактической терапии при сроке 28–29 недель и за 2–3 недели до родов

Врожденные пороки сердца	То же	Срочная консультация терапевта, в дальнейшем его динамическое наблюдение; консультация кардиолога, генетика
Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия	В соответствии с графиком	Срочная консультация терапевта и его наблюдение (в I половине беременности не реже 1 раза в месяц, во II половине — не реже 2 раз в месяц). Окулист — 2–3 раза во время беременности, чаще — по показаниям. Другие специалисты — по показаниям
Острый миокардит	По показаниям	Срочная консультация терапевта, кардиолога
Кардиомиопатия, миокардиодистрофия	То же	Консультация терапевта; кардиолога, эндокринолога — по показаниям. Динамическое наблюдение терапевта (1–2 раза в месяц)
Бронхиальная астма. Хронический бронхит. Хроническая пневмония	То же	Консультация терапевта. В дальнейшем динамическое наблюдение терапевта каждые 2 недели. Консультация пульмонолога (по показаниям)

ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 недель); УЗИ плода в 20–24 недели; КТГ, допплерометрия в динамике	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта	
Частота клинических анализов крови, мочи, повторная ЭКГ по назначению терапевта. Исследование глазного дна 2–3 раза. УЗИ, КТГ, допплерометрия плода. Другие исследования и анализы — по показаниям	Медикаментозная терапия по назначению терапевта, соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; физиопсихопрофилактическая подготовка к родам с ограничением физической нагрузки; диета	Обследование и решение вопроса о сохранении беременности при наличии I-IIA стадии заболевания. Прерывание беременности или лечение при отказе женщины прервать беременность при наличии IIБ и III стадии заболевания. Отсутствие эффекта амбулаторного лечения. Ухудшение состояния плода. Присоединение позднего гестоза беременных. Обследование при сроке 37–38 недель для решения вопроса о родоразрешении
ЭКГ. Клинический анализ крови		Срочное обследование и лечение в терапевтическом отделении или в специализированном акушерском стационаре
ЭКГ, УЗИ сердца; рентгенологическое исследование органов грудной клетки (не ранее 10 недель). Частота клинического анализа крови — по назначению терапевта. Исследование тиреоидных гормонов в крови для исключения тиреотоксической кардиомиопатии	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки; медикаментозная терапия по назначению терапевта; лечение заболевания, вызвавшего миокардиодистрофию	Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности пролонгирования беременности до 10 недель — по назначению терапевта. Появление признаков декомпенсации (при любом сроке беременности). Курс профилактической терапии в 28–29 недель и за 2–3 недели до родов
Клинический анализ крови. Рентгеноскопия органов грудной клетки (по назначению терапевта). Бактериологический анализ мокроты	Соблюдение режима труда и отдыха. Профилактика простудных заболеваний. Медикаментозное лечение по назначению терапевта	Обострение заболевания

Анемия, осложняющая беременность	2 раза в месяц	Терапевт — 1 раз в 2 недели (до выздоровления или госпитализации); гематолог — по показаниям; другие специалисты — по показаниям
Инфекции мочевыводящих путей при беременности	2–3 раза в месяц	Терапевт — 2 раза в месяц; уролог (нефролог) и другие специалисты — по показаниям
Сахарный диабет при беременности**	2 раза в 1 месяц до 30 недель, 3–4 раза после 30 недель	Эндокринолог (при его отсутствии — терапевт) в порядке динамического наблюдения. Окулист 2–3 раза; другие специалисты — по показаниям
Инфекция половых путей при беременности***	До 30 недель — 2 раза в 1 месяц; после 30 недель — 3–4 раза в 1 месяц	По показаниям
Алкоголизм, наркомания	1 раз в месяц	Врач-психиатр-нарколог 1 раз в месяц

Клинический анализ крови — 1 раз в месяц с подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов. Биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, билирубин); другие исследования по назначению терапевта	Диета, богатая белками, железом и витаминами, препараты, содержащие железо, витамины	Уточнение диагноза (характера анемии) в зависимости от общего состояния и гематологических показателей. Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
Клинический анализ крови. Клинический и бактериологический анализ средней порции мочи, исследование мочи по Нечипоренко и Зимницкому, проба Реберга, общий белок, мочевина и креатинин крови. УЗИ почек. Диурез. (Частоту указанных исследований устанавливает терапевт или уролог.) Исследования глазного дна — по показаниям. УЗИ почек плода в 20–24 недели. КТГ, допплерометрия в динамике	Медикаментозная терапия по назначению терапевта, уролога	Уточнение диагноза, обострение или острый процесс; присоединение позднего гестоза, угроза прерывания беременности; гипотрофия плода. В 37–38 недель для решения вопроса о родоразрешении
Клинический анализ крови, мочи. Определение глюкозы в крови; глюкозы, ацетона в моче; глюкозы в суточной моче — 2–3 раза в месяц. Гликемический и глюкозурический профиль. Другие исследования по назначению эндокринолога или терапевта. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина, холестерин, липопротеины, триглицериды, электролиты). Исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга. Бактериологический посев мочи. Гемостазиограмма. Исследование глазного дна	Специальная диета. Медикаментозное лечение — под контролем эндокринолога и терапевта	Решение вопроса о возможности сохранения беременности, нарушение компенсации сахарного диабета при любом сроке беременности, присоединение позднего гестоза. Уточнение диагноза в терапевтическом или специализированном стационаре
Клинический анализ крови, мочи. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из влагалища, цервикального канала, уретры. Серологическое исследование крови	Санация влагалища с последующим введением эубиотиков. Комплексы метаболической терапии. Комплексный иммуноглобулиновый препарат	Обследование и лечение
По показаниям	По рекомендации врача-психиатра-нарколога	По рекомендации врача-психиатра-нарколога

Поражения печени во время беременности	До 30 недель 2 раза в месяц, после 30 недель — 3–4 раза в месяц	Терапевт в порядке динамического наблюдения (1 раз в 2–3 месяца). Консультация гастроэнтеролога, гепатолога
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	До 30 недель — 2 раза в месяц, после 30 недель — каждые 2 недели	Консультация гастроэнтеролога. Осмотр терапевтом — 1 раз в 3 месяца, по показаниям — чаще
Тиреотоксикоз с зобом или без него	2 раза в месяц в I и II триместре, после 30 недель — еженедельно	Консультация терапевта, эндокринолога; в дальнейшем динамическое наблюдение 1–2 раза в месяц. Консультация генетика
Нетоксический узловой зоб	То же	То же
Приобретенный гипотиреоз	То же	То же
Варикозное расширение вен нижних конечностей	По показаниям	Флеболог или сосудистый хирург — по показаниям

Клинический анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин — прямой и непрямой, холестерин, глюкоза, креатинин). Печеночные пробы, трансаминазы (лактатдегидрогеназа, щелочная фосфотаза, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза), гемостазиограмма, УЗИ печени, желчного пузыря и протоков	Соблюдение режима труда и отдыха, диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта или гепатолога	Обострение заболевания
Клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, по показаниям — гастродуоденоскопия	Соблюдение режима труда и отдыха; диета. Медикаментозная терапия по назначению терапевта, гастроэнтеролога	То же
Исследование тиреоидных гормонов, белковосвязанного йода. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма 1 раз в триместр. ЭКГ (по назначению эндокринолога или терапевта); УЗИ плода в 20–24 недели (по показаниям чаще), КТГ, допплерометрия в динамике	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психической нагрузки, медикаментозная терапия по назначению терапевта или эндокринолога	В ранние сроки беременности для подбора корригирующей терапии и за 2 недели до родов (при тиреотоксикозе средней степени в конце I триместра для решения вопроса об оперативном лечении). Обострение заболевания. Тяжелая степень заболевания
То же	Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической и психологической нагрузки. Седативная терапия	
То же	Тиреоидные гормональные препараты в течение всей беременности с коррекцией дозы во II половине беременности под контролем тиреоидных гормонов	Обследование и лечение в ранние сроки беременности
Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Осмотр в зеркалах стенок влагалища — при варикозе наружных половых органов. Пальпация вен. Цветная или дуплексная допплерография вен нижних конечностей	Бинтование эластичными бинтами или лечебные чулки (I-II класс компрессии). Мазевые / гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. Физиотерапия. При появлении жалоб (тяжесть в ногах, боли в области варикозных вен) — ангиопротекторы во II триместре беременности	Тромбофлебит; выраженный варикоз нижних конечностей, вульвы или стенок влагалища для решения вопроса о методе родоразрешения при сроке 37–38 недель

Ожирение	2 раза в месяц до 30 недель, 3–4 раза в месяц после 30 недель, по показаниям — чаще	Консультация терапевта при I и II степени ожирения 2 раза, при необходимости чаще. При III степени — в порядке динамического наблюдения (1 раз в месяц). Эндокринолог — 1 раз при первой явке, в дальнейшем — по показаниям; другие специалисты — по показаниям
IV. Беременность и отдельные факторы риска		
Беременность у женщин 35 лет и старше	В I половину беременности 1–2 раза в месяц, после 20 недель — 2 раза в месяц, после 30 недель — 4 раза в месяц	Консультация генетика вне беременности или в максимально ранние сроки
рождение детей с врожденными или наследственными заболеваниями в анамнезе	В соответствии с графиком	Консультация генетика вне беременности или максимально ранние сроки для цитогенетического или молекулярно-генетического исследования. Другие специалисты — по показаниям
Плацентарные нарушения	1 раз в неделю	Генетик — по показаниям

Исследование на выявление сахарного диабета: глюкоза крови, сахарная кривая с нагрузкой — при первом обращении (при необходимости — по назначению эндокринолога — чаще). Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности). Гемостазиограмма. Диурез	Диета с ограничением жиров и углеводов, дробное 5–6-разовое питание; строгий контроль за прибавкой массы тела. Медикаментозная терапия по показаниям. Профилактика позднего гестоза, перенашивания, тромбогеморрагических осложнений крупного плода	Признаки позднего гестоза
УЗИ плода, в 10–14, 20–24 недели, допплерометрия с 24 недель в динамике. Исследование в крови АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП в 16–20 недель, КТГ в динамике после 32 недель. Цитогенетическая диагностика хромосомных болезней плода в 10–14 недель или 20–24 недели (в зависимости от времени обращения пациентки)	По назначению терапевта ЭКГ и др.	Необходимость проведения биопсии хориона или амниоцентеза. Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37–38 недель
УЗИ плода в 10–14, 20–24 и 32–34 недель. Биопсия хориона или амниоцентез в 10–14 недель. Амниоцентез или кордоцентез в 20–24 недели (по показаниям). Определение в крови матери или мниотической жидкости АФП и 17-ОП в 10–14 недель; АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в 16–20 недель	По назначению специалистов	При выявлении у плода врожденных или наследственных заболеваний госпитализация в любом сроке для прерывания беременности
Клинический анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, креатинин), гемостазиограмма, АФП, ХГЧ, эстриол, ВА и антитела к ХГЧ. Бактериовирусологический анализ отделяемого из цервикального канала, УЗИ, КТГ и допплерометрия в динамике. Измерение состояния высоты дна матки и окружности живота	Комплексы метаболической терапии, поливитамины, салицилаты, ангиопротекторы	Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения

Крупный плод	В соответствии с графиком	Эндокринолог, другие специалисты — по показаниям
Рубец на матке после кесарева сечения или миомэктомии	До 20 недель беременности 1 раз в 3–4 недели (по показаниям — чаще), с 20 до 28 недель — 2 раза в месяц; после 28 недель — не реже 1 раза в 7–10 дней	По показаниям
Краснуха или контакт с больным краснухой	Осмотр в начале и конце заболевания. При контакте с больным краснухой частота осмотров не меняется	Консультация инфекциониста
Беременность: многоплодная	2 раза в месяц до 28 недель, 1 раз в 7–10 дней после 28 недель	Консультация терапевта 3 раза, другие специалисты — по показаниям

Исследование глюкозы в крови. УЗИ плода в 20–24 недели, 32–34 недели и перед родами. Рентгенопельвиометрия после 38 недель. КТГ, допплерометрия в динамике	Диета с ограничением углеводов	Решение вопроса о родоразрешении при сроке 37–38 недель
При корпоральном кесаревом сечении или рубце на передней стенке матки после миомэктомии в анамнезе обязательное УЗИ в 32–34 недели для определения состояния рубца, КТГ, допплерометрия в динамике. Гемостазиограмма. Выписка из истории родов, закончившихся кесаревым сечением или миомэктомией, с указанием локализации удаленных узлов и объема операции	Ограничение физической нагрузки, при необходимости медикаментозная терапия	Срочная госпитализация при подозрении на несостоятельность рубца. Госпитализация в сроке 36–37 недель для решения вопроса о родоразрешении
Определение титра антител к вирусу краснухи на 7–10-й день после начала заболевания или контакта с больным, повторить через 2 недели. При заболевании обязательно УЗИ плода в 10–14, 20–24 недели, в дальнейшем — по показаниям. Определение уровня АФП, ХГЧ, эстриола в 16–20 недель; КТГ, допплерометрия в динамике	При заболевании — прерывание беременности до 12 недель; при сохранении беременности — лечение, направленное на ее сохранение	Для прерывания беременности
Клинический анализ крови (1 раз в 2 месяца). Определение в крови гематокрита, ретикулоцитов, сывороточного железа, общего белка, глюкозы, билирубина, мочевины; в 16–20 недель — АФП, ХГЧ, эстриола и 17-ОП. Гемостазиограмма. Наружная гистерография или тонусометрия матки при сроке 18–19 и 30–31 неделя. Контроль за состоянием шейки матки для выявления истмикоцервикальной недостаточности. УЗИ плодов, КТГ, допплерометрия в динамике	Лечебно-охранительный режим, включающий расширение показаний для соблюдения постельного режима и временной нетрудоспособности. Обеспечение полноценного питания с преобладанием в пище белков животного происхождения. С 20 недель в зависимости от тонуса матки назначение минидоз бета-адреномиметиков по 2–4 недели с перерывом 1–2 недели. Оральный прием железосодержащих препаратов с 16–20 недель в течение 3 месяцев	Госпитализация в сроке 36 недель для решения вопроса о родоразрешении

у многорожавшей (при отсутствии патологии)	1 раз в месяц до 20 недель, 2 раза в месяц до 30 недель, 1 раз в неделю после 30 недель	Осмотр терапевтом в каждом триместре беременности, другие специалисты — по показаниям
миома матки	До 20 недель — 1 раз в 3–4 недели; с 20 недель — 2–3 раза в месяц	По показаниям

Клинический анализ крови 1 раз в месяц с определением гематокрита. Гемостазиограмма. Бактериологическое исследование мазков из зева, носа, цервикального канала	Ограничение физической нагрузки. Диета, богатая белками, железом и витаминами. Курс метаболической терапии в 20–21, 30–31, 37 недель	После 37 недель для подготовки к родам
Клинический анализ крови 1 раз в месяц при значительной величине миомы или неблагоприятной локализации. Гемостазиограмма. Исследование в крови АФП, ХГЧ и эстриола в 16–20 недель. УЗИ матки и плода, КТГ и допплерометрия в динамике	Ограничение физической нагрузки. Спазмолитические средства в течение всей беременности, гестагены до 30–32 недель. Метаболическая терапия. По показаниям после 18 недель бетаадреномиметики; иглорефлексотерапия	Появление боли в области миоматочного узла или быстрорастущая миома. Большие размеры миомы (10 см и более), множественные узлы или их неблагоприятная локализация. Решение вопроса о сохранении беременности до 12 недель. Госпитализация в срок 37–38 недель для решения вопроса о родоразрешении

* Указанная схема обследования рекомендуется женщинам вне зависимости от числа самопроизвольных выкидышей в анамнезе.

** Обследованию подлежат беременные с отягощенной по сахарному диабету наследственностью; ожирением II–III–IV степени; жалобами на жажду, обильное питье, зуд наружных половых органов, потливость, фурункулез, повышенный аппетит и резкую слабость при данной беременности или в анамнезе; повторно беременные, рожавшие крупных детей (4 кг и более); глюкозурией, впервые выявленной во время данной беременности или установленной при предыдущих беременностях.

*** При подозрении или выявлении гонореи или сифилиса беременную необходимо направить в кожно-венерологический диспансер для уточнения диагноза и лечения.

Схема динамического наблюдения беременных после ЭКО и ПЭ

Срок гестации	Обследование	Система терапевтических мер
1 день ПЭ в полость матки		Терапия, направленная на поддержание желтого тела (утрожестан, дуфастон или масляный раствор прогестерона, подобранный в индивидуальных дозах и метаболическая терапия — каскатол по 1–2 табл. 3 раза в день, пропетипол, витамин Е)
14 день	Бета-ХГЧ, эстрадиол, при необходимости прогестерон	При ХГЧ положительном анализе — продолжается терапия, направленная на поддержание желтого тела
21 день	УЗИ для подтверждения беременности, определения ее локализации и количества плодных яиц. При подтверждении беременности — исследование системы гемостаза. Анти ХГЧ-антитела. ВА	I. Изменения в системе гемостаза: 1. Гиперфункция тромбоцитов — курантил по 75–100 мг в сутки за 1 час до еды (контроль 1 раз в 2 недели). 2. Гиперфункция тромбоцитов + гиперкоагуляция — реополиглюкин в/в по 400,0 3–5 раз с интервалом 2 дня; аспирин 100 мг в сутки (контроль 1 раз в 2 недели). II. Изменения в плазменном звене — малые дозы гепарина — 10 000–15 000 ЕД в сутки под кожу 5–7 дней. Антиагреганты, курантил (75–150 мг в сутки), низкомолекулярные декстраны. Со второго триместра аспирин 75 мг ежедневно (контроль 1 раз в 2 недели). III. Повышение агрегационной активности тромбоцитов. IV. Патологическая активность + выраженная гиперкоагуляция в плазменном звене гемостаза; повышение маркеров внутрисосудистого свертывания (ПДР и РКИФ) — терапия I и II + гепарин 1500 ЕД в сутки. Наличие антител — метипред или медрол в индивидуально подобранной дозе (контрольная оценка: 12–14 недель, 22–24 недели и 33–36 недель). Наличие антител — преднизолон со дня установления диагноза (2,5 мг — не более 10–15 дней)

12–13 недель	Профилактика угрозы невынашивания. Обследование на выявление ИЦН, при ее наличии — хирургическая коррекция шейки матки, УЗИ плода, определение в крови АФП, ХГЧ в 10–14 недель
II триместр	Профилактика плацентарной недостаточности, УЗИ плода в 20–24 недели, определение АФП, ХГЧ, эстриола, 17-ОП в крови в 16–20 недель. УЗИ, допплерометрия каждые 3–4 недели с 16–20-й недели. Амниоцентез, кордоцентез (по показаниям)
III триместр	Профилактика угрозы прерывания беременности и гестоза. УЗИ в 32–34 недели, по показаниям — чаще. КТГ, допплерометрия в динамике. В 37 недель — госпитализация в стационар для подготовки к родоразрешению

Послеродовой период

После выписки из стационара в женской консультации проводится динамический контроль состояния здоровья женщин после родов, включающий исследования и осмотры согласно схеме. При этом учитываются соматический статус здоровья родильниц и особенности течения беременности и родов.

Данный обьем наблюдений преследует цель осуществить лечебно-реабилитационные мероприятия для восстановления и поддержания общего и репродуктивного здоровья женщин.

Нозологическая форма	Частота наблюдения врачом-акушером-гинекологом	Осмотр врачами других специальностей	Лабораторные и другие диагностические исследования	Основные лечебно-оздоровительные мероприятия
1	2	3	4	5
Нормальный послеродовой период	Осмотр в течение первых дней после выписки	По показаниям	Наружный осмотр, измерение АД. При наличии швов — осмотр на кресле. Влагалищное исследование. Лабораторное — по показаниям	Личная гигиена. Уход за молочными железами. Режим труда (домашнего), отдыха, рациональное питание. Гигиеническая гимнастика, бандаж
	Осмотр через 6–8 недель после родов	По показаниям	Влагалищное исследование. Осмотр шейки матки в зеркалах. Кольпоскопия, лабораторные исследования по показаниям. УЗИ матки	Рекомендации по контрацепции
	Последующие осмотры в течение 2 лет каждые 6 месяцев	По показаниям	Влагалищное исследование. Кольпоскопия	То же
Родильницы: После разрывов промежности или шейки матки III степени	Число осмотров то же и более по показаниям	То же. Консультация проктолога (по показаниям)	То же, что при нормальном течении послеродового периода. Бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала	То же
После преждевременных родов	То же	То же	То же	То же
После кесарева сечения	То же и более по показаниям	То же	УЗИ матки по показаниям	То же, что и при нормальном течении послеродового периода
После ручного вхождения в полость матки	То же	То же	То же	То же

Беременность и роды, осложненные поздним гестозом	То же	То же	Измерение АД, общий анализ мочи 2 раза в течение 1-го месяца, далее — по показаниям. УЗИ почек — по показаниям. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин)	Гипотензивная, седативная терапия — по показаниям, при отсутствии эффекта через 6 месяцев — лечение в нефрологическом стационаре
Заболеванием почек (хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии и др.)	То же	Терапевт, нефролог, уролог по показаниям	Измерение АД, клинический анализ крови, мочи при каждом посещении женской консультации. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин). Пробы Реберга, исследование мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Посев мочи на флору	Терапия по рекомендации специалиста. Физиотерапия
Заболеванием сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, артериальная гипотензия, пороки сердца)	То же	Окулист, терапевт, кардиолог по показаниям	Измерение АД. ЭКГ и другие исследования (по показаниям)	Терапия по рекомендации специалиста. Подавление лактации (по показаниям)*
Анемией	То же	Терапевт, гематолог по показаниям	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, определение сывороточного железа, анализ крови на общий белок, гематокрит, билирубин	Общие лечебно-оздоровительные мероприятия. Антианемическая терапия, поливитамины, диета, богатая белком и железом
Эндокринными заболеваниями (щитовидная железа, надпочечники, гипофиз и др.)	То же	Терапевт, эндокринолог по показаниям	Клинический анализ крови. Гормональные исследования (по показаниям). ЭКГ. УЗИ щитовидной железы	Корригирующая или заместительная терапия (по рекомендации специалиста)
Сахарным диабетом	То же	То же	Бактериологический посев мочи. Анализ крови, мочи. Определение глюкозы в крови, при необходимости проведение пробы на толерантность к глюкозе. Биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, липопротеины). Исследование глазного дна	Диета, корригирующая терапия по рекомендации специалиста
Варикозным расширением вен нижних конечностей	То же	Флеболог или сосудистый хирург — по показаниям	Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. Цветная или дуплексная допплерография вен нижних конечностей	Физиотерапия (низкочастотная магнитотерапия — 15 процедур), местные мазевые или гелевые повязки (Лиотон-1000), бинтование ног или лечебные чулки (I-II класс компрессии)
Геморроем	То же	Хирург, проктолог по показаниям	То же	По показаниям — диетотерапия, лечебная гимнастика, повязки с метилурациловой мазью. Дарсонвализация с ощущением слабого тепла. При обострении — детралекс, свечи «Ультрапрокт»
Эндометритом (состояние после перенесенного заболевания в стационаре)	То же	По показаниям	Влагалищное исследование. Клинический анализ крови, мочи. Бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала. Гемостазиограмма. УЗИ матки. Биохимический анализ крови (общий белок, креатинин, мочевина)	Общеукрепляющая терапия. По показаниям: антианемическая терапия и физиотерапия
Эндометритом (начало заболевания после выписки из стационара)	То же. По показаниям — чаще	То же	Влагалищное исследование. Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. Бактериологический посев выделений из матки. УЗИ матки	Антибактериальная, утеротоническая, общеукрепляющая терапия. Госпитализация по показаниям

Тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей (ниже верхней трети бедра)	2–3 раза в неделю	Флеболог или сосудистый хирург — по показаниям	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма. Цветное дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (по показаниям)	Непрямые и прямые антикоагулянты (по показаниям). Нестероидные противовоспалительные препараты (по показаниям). Эластичные бинты или лечебные чулки (I-II класс компрессии). Мазевые/гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты
Тромбофлебитом вен верхней трети бедра, тромбозом глубоких вен нижних конечностей, флеботромбозом	Госпитализация в специализированный стационар	Флеболог или сосудистый хирург — по показаниям	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма, биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин). УЗИ матки и придатков. Цветное дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (по показаниям). Рентгенологическое исследование венозной системы (по показаниям)	Непрямые и прямые антикоагулянты (по показаниям). Нестероидные противовоспалительные препараты (по показаниям). Эластичные бинты или лечебные чулки (I-II класс компрессии). Мазевые/гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. Оперативное лечение в специализированном стационаре (по показаниям)
Тромбофлебитом вен таза (начало заболевания после выписки из стационара)	То же	То же	То же	Срочная госпитализация и специализированный стационар
Тромбофлебитом вен таза (состояние после перенесенного заболевания в стационаре)	1 раз в неделю	Флеболог или сосудистый хирург	Клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, гемостазиограмма, биохимический анализ крови (общий белок, мочевина, креатинин). УЗИ органов малого таза. Цветное дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (по показаниям)	Общеукрепляющая терапия. Флеботропные препараты (детралекс)

Послеродовым перитонитом (состояние после перенесенного заболевания)	1 раз в неделю, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет	Хирург — по показаниям	Клинический анализ крови. Гемостазиограмма. УЗИ органов брюшной полости. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, печеночные пробы). Общий анализ мочи	Общеукрепляющая терапия, физиотерапия
Серозным маститом (начало заболевания после выписки из стационара)	Ежедневно	То же	Клинический анализ крови, посев молока с определением степени микробной колонизации, УЗИ молочных желез	Временное прекращение грудного вскармливания, сцеживание молока, антибактериальная терапия, мазевые противовоспалительные компрессы по показаниям; физиотерапия
Инфильтративным маститом (начало заболевания после выписки из стационара)	То же	То же	То же	То же. Решение вопроса о подавлении лактации при госпитализации
Гнойным маститом, диагностированным в женской консультации	То же	Срочная консультация хирурга		Срочная госпитализация для операционного лечения, решение вопроса о подавлении лактации
Гнойным маститом после хирургического лечения	2 раза в неделю	Консультация хирурга	Клинический анализ крови, посев молока с определением степени микробной колонизации	Перевязки — по показаниям, решение вопроса о лактации, физиотерапия

Расхождением швов после кесарева сечения	То же	То же	Осмотр раны. Клинический анализ крови. Бактериологическое исследование раневого отделяемого. УЗИ передней брюшной стенки	Выполнение назначений хирурга. Госпитализация по показаниям
Расхождением швов промежности	То же	То же	Осмотр раны. Клинический анализ крови. Бактериологический посев отделяемого из раны	То же. Госпитализация по показаниям

* Лактация подавляется препаратами, содержащими бромэргокриптин (парлодел и др.), по 2,5 мг 2 раза с интервалом 12 часов после приема пищи с последующим постельным режимом в течение 30 минут под контролем АД (10–14 дней). В процессе подавления лактации сцеживание не проводится. Прием жидкости – до 1,5–2 л в сутки. Мочегонные средства (по показаниям).

Приложение 3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 30 марта 2006 г. № 223

О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации

В целях совершенствования и дальнейшего развития акушерско-гинекологи-ческой помощи населению п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации деятельности женской консультации согласно приложению № 1.

1.2. Порядок осуществления деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации согласно приложению № 2.

1.3. Примерный табель оснащения женской консультации согласно приложению № 3.

2. Признать утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации медицинской помощи беременным женщинам и гинекологическим больным» № 462 от 30 декабря 1999 года.

3. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра В. И. Стародубова.

Министр М. Ю. Зурабов

Приложение № 1

к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 30 марта 2006 г. № 223

Положение об организации деятельности женской консультации

1. Женская консультация создается органом местного самоуправления (или руководителем лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа)) как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (амбулаторной) акушерско-гинекологической помощи женщинам.

2. Деятельность женской консультации осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития России, настоящим Положением и учредительными документами.

3. Руководство женской консультацией, созданной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение, осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации по согласованию с органом местного самоуправления.

Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем лечебно-профилактического учреждения.

4. Структура и штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

5. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы научных, высших и средних медицинских образовательных учреждений и учреждений дополнительного медицинского образования.

6. В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортов, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

• диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

• выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;

• **проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;**

• проведение патронажа беременных и родильниц;

• **консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;**

• организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;

• обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

• диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;

• установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

• осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т. д.);

• обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т. д.), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации;

• проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

• проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, напра-

вление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

• оказание медико-социальной, правовой и психологической помощи;

• повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

• внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

• выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;

• проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики абортов, а также инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции;

• проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

7. Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача-акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов:

♦ планирования семьи;

♦ невынашивания беременности;

♦ гинекологической эндокринологии;

♦ патологии шейки матки;

♦ бесплодия (репродуктивного здоровья);

♦ гинекологии детского и подросткового возраста;

♦ функциональной и пренатальной диагностики;

г) кабинеты специалистов:

♦ терапевта;

♦ стоматолога (зубного врача);

♦ психотерапевта (медицинского психолога);

♦ юриста;

♦ социального работника;

♦ лечебной физкультуры;

♦ физиотерапевтических методов лечения;

♦ психопрофилактической подготовки беременных к родам;

д) другие подразделения:

♦ малая операционная;

♦ клинико-диагностическая лаборатория;

♦ дневной стационар;

♦ стационар на дому;

♦ процедурный кабинет;

♦ стерилизационная.

Приложение 4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 30 марта 2006 г. № 224

Об утверждении Положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц

В соответствии с пунктом 5.2.11 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации. 2004. № 28. Ст. 2898) и в целях совершенствования оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи населению п р и к а з ы в а ю:

Утвердить прилагаемое Положение об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц.

Министр

М. Ю. Зурабов

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 30 марта 2006 г. № 224

Положение об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц

1. Настоящее Положение определяет порядок проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц, направленной на предупреждение возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.

2. Диспансерное наблюдение беременных женщин и родильниц проводится врачами-акушерами-гинекологами женских консультаций и акушерско-гинеко-логических кабинетов лечебно-профилактических учреждений и включает:

• осмотр с проведением необходимого объема клинико-лабораторных и инструментальных исследований;

• оценку состояния здоровья, осуществление динамического наблюдения;

• своевременное выявление осложнений беременности и послеродового периода;

• выявление беременных женщин и родильниц, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родовспомогательных учреждений и другие подразделения лечебно-профилактических учреждений по профилю акушерской и экстрагенитальной патологии;

• своевременное выявление пороков развития плода с использованием биохимического скрининга сывороточных маркеров крови матери в первом или втором триместрах беременности и трехкратного ультразвукового обследования в установленные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» от 28 декабря 2000 г. № 457 (признан не нуждающимся в государственной регистрации – Письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 12 февраля 2001 г. № 07/1459-ЮД) сроки беременности;

• патронаж беременных и родильниц;

• проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, формирование мотивации у беременной женщины и семьи к рождению и воспитанию здорового ребенка;

• осуществление санитарно-гигиенического образования беременных женщин по вопросам грудного вскармливания, профилактики абортов и заболеваний репродуктивной системы;

• проведение комплекса необходимых лечебно-профилактических, реабилитационных и социальных мероприятий для сохранения и восстановления здоровья беременных женщин и родильниц;

• обеспечение взаимодействия женской консультации (акушерско-гинекологи-ческих кабинетов) с другими лечебно-профилактическими учреждениями (амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кожно-венерологическими, наркологическими, противотуберкулезными диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и т. д.) при проведении обследования и лечения беременных женщин и родильниц.

3. При физиологическом течении беременности осмотры проводятся врачом-акушером-гинекологом – не менее 10 раз, врачом-терапевтом – не менее 2 раз, врачом-окулистом, врачом-оториноларингологом, врачом-стоматологом – при первичном обращении.

Частота лабораторных и других диагностических исследований устанавливается в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г. № 50 (признан не нуждающимся в государственной регистрации – Письмо Министерства юстиции Российской Федерации от 8 марта 2003 г. № 07/2521-ЮД).

При осложненном течении беременности число осмотров врачом-акушером-гинекологом и другими врачами-специалистами, объем лабораторных исследований определяется с учетом состояния здоровья беременной женщины и плода.

4. В труднодоступных и отдаленных районах, в сельской местности при отсутствии врача-акушера-гинеколога проведение диспансерного наблюдения, патронажа беременных женщин и родильниц может осуществляться врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с требованиями, установленными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» от 17 января 2005 г. № 84 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 21 февраля 2005 г. № 6346).

При наблюдении женщины с физиологическим течением беременности у врача общей практики (семейного врача) посещение беременной женщиной врача-акушера-гинеколога осуществляется в сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» от 10 февраля 2003 г. № 50.

При осложненном течении беременности и послеродового периода врач общей практики (семейный врач) направляет беременных женщин и родильниц к врачам-специалистам (врачу-акушеру-гинекологу, врачу-кардиологу и др.).

5. Снятие с диспансерного учета родильниц при физиологическом течении послеродового периода осуществляется врачом общей практики (семейным врачом).

При наличии акушерской или экстрагенитальной патологии (или остаточных явлений после нее) решение вопроса о снятии с диспансерного учета родильниц осуществляется врачом-акушером-гинекологом или соответствующим врачом-специалистом.

Тест отношений беременной (И. В. Добряков)

Ваши данные:

Фамилия, имя, отчество____

Возраст ____________________Телефон ______________________________
№ беременности _________________ Срок беременности _________________

Инструкция

Просим вас отметить номер одного из пяти утверждений, представленных в блоках, которое наиболее полно отражает ваше состояние.

Блок А

I	1	Ничто не доставляет мне такого счастья, как сознание того, что я беременна
	2	Я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с тем, что я беременна
	3	С тех пор, как я узнала, что беременна, я нахожусь в нервном напряжении
	4	В основном мне приятно сознавать, что я беременна
	5	Я очень расстроена тем, что беременна
II	1	Беременность заставила меня полностью изменить образ жизни
	2	Беременность не заставила меня существенно изменить образ жизни, но я стала кое в чем себя ограничивать
	3	Беременность я не считаю поводом для того, чтобы менять образ жизни
	4	Беременность так изменила образ моей жизни, что она стала прекрасной
	5	Беременность заставила меня отказаться от многих планов, теперь не суждено сбыться многим моим надеждам
III	1	Я стараюсь вообще не думать ни о беременности, ни о предстоящих родах
	2	Я постоянно думаю о родах, очень их боюсь
	3	Я думаю, что во время родов все смогу сделать правильно, и не испытываю особого страха перед ними
	4	Когда я задумываюсь о предстоящих родах, настроение у меня ухудшается, так как я не сомневаюсь в плохом исходе
	5	Я думаю о родах, как о предстоящем празднике

Блок Б

I	1	Я сомневаюсь в том, что смогу справляться с обязанностями матери
	2	Я считаю, что не смогу стать хорошей матерью
	3	Я не задумываюсь о предстоящем материнстве
	4	Я уверена, что стану прекрасной матерью
	5	Я полагаю, что если постараюсь, то смогу стать хорошей матерью
II	1	Я часто с удовольствием представляю себе ребенка, которого вынашиваю, разговариваю с ним
	2	Я понимаю ребенка, которого вынашиваю, восхищаюсь им и считаю, что он знает и понимает все, о чем я думаю
	3	Я постоянно беспокоюсь о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, стараюсь его почувствовать
	4	Я не думаю о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю
	5	Я часто думаю о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боюсь этого
III	1	Я не думаю о том, как буду кормить ребенка грудью
	2	Я с восторгом представляю себе, как буду кормить ребенка грудью
	3	Я думаю, что буду кормить ребенка грудью
	4	Я беспокоюсь о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью
	5	Я почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью

Блок В

I	1	Считаю, что беременность сделала меня еще прекрасней в глазах отца моего ребенка
	2	Моя беременность никак не изменила отношения ко мне отца моего ребенка
	3	Из-за беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне
	4	Из-за беременности я стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее относиться ко мне
	5	Боюсь, что изменения, связанные с беременностью, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка
II	1	Большинство близких мне людей разделяют мою радость по поводу беременности, и мне хорошо с ними
	2	Не все близкие мне люди достаточно рады тому, что я беременна, не все понимают, что я теперь нуждаюсь в особом отношении
	3	Большинство близких мне людей не одобряют то, что я беременна, мои отношения с ними ухудшились
	4	Меня мало интересует отношение к моей беременности даже близких мне людей
	5	Некоторые близкие мне люди относятся к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожит
III	1	Мне всегда мучительно стыдно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	2	Мне немного не по себе, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	3	Мне приятно, когда окружающие замечают, что я «в положении»
	4	Мне наплевать, замечают окружающие или нет, что я «в положении»
	5	Я не испытываю особой неловкости, если окружающие замечают, что я «в положении»

Теперь пожалуйста перенесите результаты в следующую таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру, в предыдущих трех блоках и подсчитайте количество ответов в каждой колонке.

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	4	5
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего						

Ключ

		О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I к беременности	4	2	1	3	5
	II к образу жизни	2	3	4	1	5
	III к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношения в системе «мать — дитя»	I к себе — матери	5	3	4	1	2
	II к ребенку	1	4	2	3	5
	III к грудному вскармливанию	3	1	2	4	5
В. Отношение к отношению окружающих	I к мужу	3	2	1	5	4
	II к близким	1	4	2	5	3
	III к посторонним	5	4	3	2	1
Всего						

Список литературы

Абрамченко В. В. Клиническая перинатология. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д. О. Отта, 1996.

Абрамченко В. В., Коваленко Н. П. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004.

Абрамченко В. В., Кузьминых Т. У. Профилактика нервно-психических нарушений у недоношенных детей // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сборник материалов конференции. – СПб.: МППУ, 2001.

Аверьянов В. В. Психологическая травма как патогенный фактор развития личности // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: Сборник научных статей по материалам Первого международного форума (СПб., 5–7 июня 2006 г.) / Под общ. ред. И. А. Баевой, Ш. Ионеску, Л. А. Регуш, С. А. Чернышевой. – СПб.: Книжный Дом, 2006.

Аганина С. Г., Сиромля С. Г. Чудо рождения: Методическое пособие к семинару «Сознательное родительство». – Одесса: ЭКОСОФИЯ, 1999.

Агейкин В. А. Недоношенные дети // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2003. № 16 (октябрь).

Адлер А. Понять природу человека / Пер. с англ. – СПб.: Академический проект, 1997.

Айламазян Э. К. Роды в воду // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. № 3.

Айламазян Э. К. Кесарево сечение в современном акушерстве // Медицинская газета. 2008. 11 января. № 1.

Аквис Д. С. Отцовская любовь. – М.: Профиздат, 1999.

Анохин П. К. Узловые вопросы теории функциональной системы. – М.: Наука, 1975.

Архангельский А. Е. Патология нервной системы и беременность: Автореф. дис. … д-ра наук. —

СПб., 1999.

Аршавский И. А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша / Под ред. Ф. А. Сыроватко // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – М., 1957.

Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. – М.: Медицина, 1967.

Балинт М. Базисный дефект: терапевтические аспекты регрессии / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2002.

Баранов А. В. Бремя вселенских решений // Санкт-Петербургские ведомости. 2008. 22 августа. № 156 (41930).

Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» // Вестник Ленинградского университета. 1994б. 2 (№ 10).

Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Детский стресс – мозг и поведение: тезисы докладов научно-практической конференции. – СПб.: Международный фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996.

Батуев А. С. Протекание беременности и первый год жизни ребенка // Сенситивные и критические периоды в онтогенезе человека: Материалы XVI съезда физиологов России. – Ростов-на-Дону, 1998.

Батуев А. С., Соколова Л. В. Биологическое и социальное в природе человека / Под ред. А. С. Батуева // Биосоциальная природа материнства и раннего детства. – СПб.: СПбГУ, 2007.

Бауэр Т. Психическое развитие младенца / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1985.

Безрукова О. Н. Материнство в контексте социальных и психологических проблем репродуктивного здоровья // Биосоциальная природа материнства и раннего детства / Под ред. А. С. Батуева. —

СПб.: СПбГУ, 2007.

Белогай К. Н. Введение в перинатальную психологию: Учебное пособие. – Томск: ТПГУ, 2008.

Бертин А. М. Воспитание в утробе матери, или Рассказ об упущенных возможностях: лекция, прочитанная на Конгрессе ANEP по проблеме «Тело как источник воспитания» / Пер. с фр. – СПб., 1992.

Билецкая М. П., Маликова Т. В. Семейная психология и семейная психотерапия. Часть I // Перинатальный период развития: Учебно-методическое пособие. – СПб.: СПбГПМА, 2008.

Боровикова Н. В. Акмеологический потенциал беременной женщины. Социально-психологический анализ. – М.: Социнновация, 1998.

Боровикова Н. В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: тезисы конференции 27 мая 1998.

Боровикова Н. В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины: Автореф. дис. … канд. наук. – М., 1998.

Боулби Дж. Привязанность / Пер. с англ. – М.: Гардарики, 2003.

Брехман Г. И. Перинатальная психология: открывающиеся возможности // Перинатальная психология в родовспоможении: Сборник материалов межрегиональной конференции. – СПб.: Глория, 1997.

Брехман Г. И. Механизмы и пути «трансляции» и «ретрансляции» информации о насилии через мать к неродившемуся ребенку / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. – СПб., 2005.

Брушлинский А. В. Психология индивидуального и группового субъекта. – М.: ПЕР СЭ, 2002.

Брушлинский А. В. Психология субъекта. – М.: Институт психологии РАН; СПб.: Алетейя, 2003.

Буль П. И. Основы психотерапии. – Л.: Медицина, 1974.

Быстрова К. С. Вместе или врозь после рождения: физиологические и психологические аспекты взаимодействия матери и ее новорожденного // Сборник материалов III Международного конгресса 30.05–02.06.2008. – СПб.: РАППМ, 2008.

Варга А. Я. Типы неправильного родительского отношения: Автореф. дис. … канд. наук. – М.: МГУ, 1987.

Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия: лечение внушением в гипнозе. – Л.: Медицина, 1973.

Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Исследование межличностных отношений у сексологических больных / Под ред. Г. С. Васильченко // Сексопатология: справочник. – М.: Медицина, 1990.

Вельвовский И. З. Система профилактического обезболивания родов. – М.: ГИМТ, 1963.

Верни Т. Тайная жизнь ребенка до рождения / Пер. с англ. – М.: Аква, 1994.

Верни Т. Рождение и насилие // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Винникотт Д. В. Разговор с родителями / Пер. с англ. – М.: Класс, 1994.

Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери / Пер. с англ. – М.: Класс, 1998.

Винникотт Д. В. Семья и развитие личности. Мать и дитя / Пер. с англ. – Екатеринбург: ЛИТУР, 2004.

Винтухова Л. В., Заозерский Ю. А. Организация работы с беременными по вопросам подготовки к родам и грудному вскармливанию // Здоровье женщины. Вопросы профилактики и оздоровления. Материалы научно-практической конференции 2–4 марта 2005 г. / Под ред. И. В. Добрякова и Ю. И. Мусийчука. – СПб.: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2005.

Виш И. М. О прекращении рвот беременных внушением // Психонейрогинекология и акушерство: тезисы и авторефераты докладов. – Харьков, 1964.

Воловик В. М. Рвота беременных как психосоматическое расстройство // Исследование личности в клинике и экстремальных условиях: Сборник научных трудов СПбНИИ им. В. М. Бехтерева. – Л.: 1969.

Галустян О. Р. Актуализация процессов идентификации, проекции и связи с телом во время беременности // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. № 2.

Гарбузов В. И. Концепция инстинктов и психосоматическая патология: Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов. – СПб.: СОТИС, 1999.

Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н. Введение в перинатальную медицину. – Л.: Медицина, 1978.

Гармашова Н. Л., Константинова Н. Н. Патофизиологические основы охраны внутриутробного развития человека. – Л.: Медицина, 1985.

Гин М. П. Психиатрия раннего возраста // Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1999.

Гительсон Н. А., Коваленко Т. В. Петербургский проект // Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию «Медико-психологические аспекты современной перинатологии». – М.: Academia, 2001.

Гительсон Н. А. Закономерность интеграции психологии, педагогики и достижений культуры в пре-и перинатальном воспитании // Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции. – СПб.: МИПУ, 2001.

Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002.

Грановская Р. М., Никольская И. М. Защита личности: психологические механизмы. – СПб.: Знание, 1999.

Грон Е. А., Иманалиева П. Г. Тип психологического компонента гестационной доминанты у женщин с угрозой невынашивания в первом триместре беременности // Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов конференции. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д. О. Отта, 2001.

Гроф С. За пределами мозга / Пер. с англ. – М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.

Грэхэм Д. Как стать родителем самому себе / Пер. с англ. – М.: Класс, 1993.

Джонс Э. Жизнь и творения Зигмунда Фрейда / Пер. с англ. – М.: Гуманитарий, 1997.

Джонсон Р. А. Она: глубинные аспекты женской психологии. – М.: Когито-центр, 2008.

Добряков И. В. Опыт психотерапии беременных с использованием психосинтеза Р. Ассаджиоли // Календарь психотерапевта. – СПб.: Научное общество психотерапевтов. 1993. Сентябрь-октябрь.

Добряков И. В. Типология гестационной доминанты // Ребенок в современном мире: Тезисы докладов 3-й международной конференции. – СПб.: ЮНЕСКО, МО России, 1996.

Добряков И. В. Диагностика и лечение невротических расстройств у беременных женщин // Перинатальная психология в родовспоможении: Сборник материалов конференции. – СПб., 1997.

Добряков И. В. Позитивный подход в психотерапии семьи, ожидающей ребенка // Материалы 24-й Всемирной конференции по позитивной психотерапии: Тезисы доклада. – СПб.; М., 1997.

Добряков И. В., *Ледина В. Ю., Савельева С. О., Червова Е. И.* Насилие над новорожденными в России // Дети России: насилие и защита: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – М.: Министерство общего и профессионального образования РФ, 1997.

Добряков И. В. Случай тревожно-фобического синдрома у женщины до и после родов // Журнал практического психолога. – 1999. № 7–8.

Добряков И. В. Психотерапия и перинатальная психология // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов межрегиональной конференции. – СПб.: АМСУ, 2000.

Добряков И. В. Профилактика дидактогений, психологогений и ятрогений в работе с беременными женщинами // Мать, ребенок, семья: современные проблемы: Сборник материалов научно-практической конференции / Под ред. И. В. Добрякова. – СПб.: Комитет по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга, Центр медицинской профилактики, 2000.

Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Сборник материалов конференции / Под ред. И. В. Добрякова, Н. П. Коваленко. – СПб.: ИАГ РАМН им. Д. О. Отта, Межрегиональная ассоциация перинатальной психологии и медицины России, 2001.

Добряков И. В. Формирование раннего диалога матери и младенца в разные стадии жизнедеятельности семьи // Материалы конгресса по детской психиатрии. – М.: РОСИН-ЭКС, 2001.

Добряков И. В. Психологические причины отклонений семейного воспитания ребенка, связанные с особенностями перинатального периода. Глава 3 // Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия. – СПб.: 2001.

Добряков И. В. Гипогестогнозический вариант психологического компонента гестационной доминанты // Здоровье ребенка современного города: Материалы IX Международной конференции. – СПб.: СПбГТУ, 2002.

Добряков И. В. Страхи и фобии беременных женщин // Материнство. Психолого-социальные аспекты (норма и девиация): Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Иваново – Плес, 6–9 сентября 2002 г. – Иваново: Ивановский государственный университет, 2002.

Добряков И. В. Перинатальная семейная психотерапия // Системная семейная психотерапия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002.

Добряков И. В. Тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты // Психология и психотерапия. Тревога и страх: единство и многообразие взглядов: Материалы V ежегодной Всероссийской научно-практической конференции (8–9 февраля 2003 г.). – СПб.: СПбГУ, 2003.

Добряков И. В. Психологические проблемы недоношенности // Преждевременные роды. Решение проблем лечения и реабилитации недоношенных детей: Материалы международной Российско-Американской конференции. – Курган: AIHA, 2004.

Добряков И. В. Перинатальная психология и психиатрия. Глава 7 // Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005.

Добряков И. В., Бобкина Т. Н. Партнерские роды в контексте семейных взаимоотношений // Материалы 2-й Всероссийской научной конференции «Психологические проблемы

современной Российской семьи». Часть 1 / Под ред. В. К. Шабельникова и А. Г. Лидерса. – М., 2005.

Добряков И. В., Колесников И. А. Психологические и психотерапевтические аспекты перинатальных и неонатальных потерь // Репродуктивное здоровье общества психологии и психотерапии: Сборник материалов международного конгресса. – СПб., 2006.

Добряков И. В., Колесников И. А. Пренатальные депрессивные расстройства: клинический случай // Материалы Всемирного конгресса «Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии». 20–24 мая 2007 г.

Добрянская Р. Г., Евтушенко И. Д., Залевский Г. В. Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам: Методические рекомендации для врачей-акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск: Сибирский ГМУ, 2005.

Дольто-Толич К. На путях рождения: о гаптономическом сопровождении человека. – Ижевск: Удмуртский университет, 2003.

Жаркин Н. А. Перинатальная психология и акушерство: Учебное пособие. – Волгоград: Волгоградская медицинская академия. – 2001.

Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности: Автореф. дис. канд. наук. – Калуга, 2004.

Захаров А. И. Ребенок до рождения и психотерапия последствий психических травм. – СПб.: СОЮЗ, 1998.

Захаров Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах: Автореф. дис. канд. наук. – Новосибирск, 2001.

Иванова А. А. Организация работы с беременными женщинами в рамках дородовой подготовки: Методическое пособие. – Калуга: Доверие, 2008.

Игошев В. Ф. Проблема преждевременных родов // Преждевременные роды. Решение проблем лечения и реабилитации недоношенных детей: Материалы международной Российско-американской конференции. – Курган: AIHA, 2004.

Иглина Н. Г., Магденко О. В., Конах Д. В. Перинатальная психология: Электронный учебник. – Новосибирск: НГПУ, ИЕСЭН – ФГУП-НТЦ «Информ-Регистр» № 8795, 2006.

Изард К. Эмоции человека. – М.: МГУ, 1980.

Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. Психология отношений. Концепция В. М. Мясищева и медицинская психология. – СПб.: Сенсор, 1999.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.

Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985.

Карпов О. И., Зайцев А. А. Риск применения лекарств при беременности и лактации: Справочное руководство. – СПб.: БХВ, 1998.

Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / Пер. с англ. – СПб.: Б. С. К., 1997.

Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка / Психоанализ в развитии: Сборник переводов. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985.

Коваленко-Маджуга Н. П. Перинатальная психология. – СПб., 2001.

Коваленко Н. П. Десять лет развития перинатальной психологии в России // Перинатальная психология и психология родительства. – 2004. № 2.

Козловская Г. В. Психиатрия раннего возраста // Невропатология и психиатрия. – 1990. № 8.

Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста: клиника, эпидемиология и вопросы реабилитации: Автореф. дис. … д-ра наук. – М., 1995.

Козловская Г. В., Баженова О. В. Микропсихиатрия и возможности коррекции психических расстройств в младенчестве // Неврология и психиатрия. 1995.

Козловская Г. В., Циркин С. Ю., Скобло Г. В. Влияние послеродовых материнских депрессий на психическое здоровье детей раннего возраста и методические подходы к исследованию // Материалы конференции «Роль биологического и психосоциального в возникновении психических заболеваний». – Пермь, 1993.

Колоскова М. В. Психическое развитие младенцев с повышенным риском заболевания шизофренией: Автореф. дис. канд. наук. – М.: МГУ.

Комова М. Е. Система внутриутробного обучения в цикле психопрофилактической подготовки беременных // Перинатальная психология в родовспоможении: Сборник материалов межрегиональной конференции. – СПб.: Глория, 1997.

Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Фатеева Е. М, Ладодо К. С., Гмошинская М. В., Куркова В. И., Пашкевич В. В., Пустограев Н. Н. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни: Методические указания № 225 МЗ РФ // Медицинский научный и учебно-методический журнал. – 2001. № 2.

Костерина Е. М. Психологическое сопровождение перинатальных потерь // Перинатальная психология и психология родительства. – 2004. № 4.

Костерина Е. М. Адаптация диады «мать – младенец» к ситуации преждевременных родов в условиях отделения патологии новорожденных // Преждевременные роды. Решение проблем лечения и реабилитации недоношенных детей: Материалы международной Российско-американской конференции. – Курган: AIHA, 2004.

Крайг Г. Психология развития / Пер. с англ. 7-е изд. – СПб.: Питер, 2000.

Кривошеев В. В. Особенности аномии в современном российском обществе // Социологические

исследования. – 2004. № 3.

Кузьмин В. Решение: не болеть. Дмитрий Медведев выяснил, какие меры принять для улучшения здравоохранения // Российская газета. 2008. 15 июля. № 149 (4706).

Лазарев М. Л. Теория пренатальной личности // Внутриутробный ребенок и общество. Роль пренатальной психологии в акушерстве, неонатологии, психотерапии, психологии и социологии:

Материалы XVII Международного конгресса ISPPM. – М.: Academia, 2007.

Лазурский А. Ф. Классификация личностей. – Пг: Государственное издательство, 1921.

Ланцбург М. Е. Анализ запроса на психологическую помощь врачей и пациентов учреждений родовспоможения и детства в регионах России // «Репродукция человека 2003»: Сборник материалов I Международного форума. 18–19 марта 2003 г. – М.: МТПП, «Экспосистемс», 2003.

Ласая Е. В. Клинико-психологические особенности и психотерапия беременных с соматоформной вегетативной дисфункцией: Автореф. дис. канд. наук, Минск: БГМУ, 2003.

Лебединский М. С. Очерки психотерапии. – М.: Медицина, 1971.

Луковцева З. В. К вопросу о специфических психосоциальных детерминантах психического развития недоношенных младенцев // Материнство. Психолого-социальные аспекты (норма и девиация): Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Иваново: Ивановский государственный университет, 2002.

Лютова Е. К., Монина Г. Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми: Комплексная программа. – СПб.: Речь, 2000.

Макарова А. А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать – ребенок»: Автореф. дис. канд. наук. – Архангельск, 2006.

Макмахон А. Т. Все о рождении ребенка / Пер. с англ. – М.: ФАИР, 1994.

Мальгина Г. Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. – Екатеринбург: Чароид, 2002. *Маслоу А. Г.* Мотивация и личность / Пер. с англ. – СПб.: Евразия, 2001.

Международная классификация болезней (10-й пересмотр) // Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю. Л. Нуллера и С. Ю Циркина. – СПб.: ВОЗ, АДИС, 1994.

Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс, 2001.

Менделевич Д. М., Менделевич В. Д. Гинекологическая психиатрия // Неврологический вестник. – 1993. Т. XXV. Вып. 1–2.

Микиртумов Б. Е, Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001.

Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной психотерапии / Пер. с англ. – М.: Класс, 1998.

Мухамедрахимов Р. Ж. Формы взаимодействия матери и младенца // Вопросы психологии. – 1994. № 6.

Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: СПбГУ, 1999.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. – Л.: ЛГУ, 1960.

Мясищев В. Н., Голиков Н. В. Теория отношений и принцип доминанты в психофизиологической деятельности человека // Мясищев В. Н. Психология отношений: Избранные психологические труды. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.

Мясищев В. Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека // Психология отношений: Избранные психологические труды. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995.

Нуруллина В. Н. Духовное воспитание ребенка с момента зачатия: Программа. – Екатеринбург, 1998 // Методическое пособие к семинару «Сознательное родительство». – Одесса: ЭКОСОФИЯ, 1999.

Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений. – Киев: Высшая школа, 1990. *Оден М.* Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? – М.: Международная школа традиционного акушерства, 2006.

Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006.

Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЭФ. – Женева, 1989.

Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб.: ВЕИП; Б. С. К., 1997.

Перинатология // БМЭ: В 30 т. АМН СССР / Гл. ред. Б. В. Петровский. 3-е изд. – М.: Советская энциклопедия, 1982. Т. 19.

Перре М. Лайрейтер А. – Р. Бауманн У. Стресс и копинг как факторы влияния. Глава 17 // Клиническая психология / Под ред. М. Пере, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002.

Платонов К. И. О психогенезе и психотерапии рвот беременных / Акушерство и гинекология. Кн. 4. – 1933. Т. 44.

Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. – М., 1962.

Подобед Н. Д. Внутриутробное воспитание плода // Перинатальная психология и акушерство:

Учебное пособие / Под ред. проф. Н. А. Жаркина. – Волгоград: Волгоградская медицинская академия, 2001.

Политова С. П. Человек как субъект кризисных ситуаций // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: Сборник научных статей по материалам Первого международного форума (СПб., 5–7 июня 2006 г.) / Под общ. ред. И. А. Баевой, Ш. Ионеску, Л. А. Регуш, С. А. Чернышевой. – СПб.: Книжный Дом, 2006.

Прохорова О. В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности: Автореф. дис. канд. наук. – Самара, 2006.

Психика и роды / Под ред. Э. К. Айламазяна. – СПб.: Яблочко, 1996.

Ранк О. Травма рождения / Пер. с англ. – М.: Аграф, 2004.

Россия 2006: Статистический справочник (Росстат). – М.: Росстат, 2006.

РыбаковскийЛ. Л. Роды – в моду?! // Аргументы и факты. 2007. 15–25 августа 2007. № 33 (1398).

Сафронова Н. М. Особенности ЭЭГ младенцев родильниц из группы риска и группы с нормально протекавшей беременностью // 5-я Международная конференция «Ребенок в современном мире»: тезисы доклада. – СПб., 1997.

Сахаров Е. А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Методические рекомендации. – Казань: Казанский медицинский институт, 1989.

Сахаров Е. А. Пограничные нервно-психические расстройства при беременности и их коррекция: Методические рекомендации: Автореф. дис. канд. наук. Л.: ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1990.

Семенова С. Б. Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс. – М.: ДеКа, 1997.

Сидоров А. Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями: Автореф. дис. … канд. наук. – Казань, 2003.

Синюгина Т. Н., Дашкова Г. Н., Левина В. В., Кондратенко Л. Ф., Прилепская Т. В. Комплексная реабилитация недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС в условиях второго этапа выхаживания // Медико-психологические аспекты современной перинатологии: Материалы III Всероссийской научно-практической конференции. – М: Academia, 2001.

Скобло Г. В., Дубовик О. Ю. Система «мать – дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. № 2.

Скрицкая Т. В., Дмитриева Н. В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. – Новосибирск: НГПУ, 2002.

Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001.

Солоед К. В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: Автореф. дис. канд. наук. – М., 1998.

Сорокина Т. Т. Роды и психика: Практическое руководство. – Минск: Новое знание, 2003.

Спицина Н. К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис. канд. наук. – СПб., 2008.

Старцева Н. В., Швецов М. В., Юшкова Л. В. Влияние качества гестационной доминанты на исходы родов // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. № 2.

Стерн Д. Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006.

Стрижаков А. Н. Беременность высокого перинатального риска: проблемы и решения беременных: группы риска становится все больше (в президиуме РАМН) // Медицинская газета. 2007. 21 декабря. № 97.

Троицкая-Смит А. Горевание – концепция «утраты» в акушерской практике / Пер. с англ. // Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов межрегиональной конференции. – СПб.: АМСУ, 2001.

Трунов М. В., Китаев Л. М. Экология младенчества. Первый год. – М.: Центр «Экология семьи», 1993.

Урусова О. А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам: Автореф. дис. канд. наук. – Калуга, 2004.

Ухтомский А. А. Доминанта как фактор поведения // Собр. соч.: В 6 т. – Л.: ЛГУ, 1950. Т. 1.

Ухтомский А. А. К пятнадцатилетию советской физиологии // Собр. соч.: В 6 т. – Л.: ЛГУ, 1954. Т. 5.

Ухтомский А. А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002.

Фанти С. Утробная война // Психология и психоанализ беременности. – М.: Бахрах-М, 2003.

Фатеева Е. М., Цареградская Ж. В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать – дитя». – М.: АГАР, 2000.

Федор-Фрайберг П. Пренатальная и перинатальная психология и медицина: новая междисциплинарная наука в меняющемся мире // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Филиппова Г. Г. Материнская потребностно-мотивационная сфера поведения / Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. – М., 1998.

Филиппова Г. Г. Психология материнства и ранний онтогенез. – М.: Жизнь и Мысль, 1999.

Филиппова Г. Г. Психология материнства. – М.: Изд-во института психотерапии, 2002.

Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования психологии // Журнал практического психолога. – 2003. № 4–5.

Филиппова Г. Г. Материалы к утверждению перинатальной психологии и перинатальной психотерапии в качестве модальности на Комитет модальности ОППЛ // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. № 2.

Филиппова Г. Г., Печников Е. Ю., Блох М. Е. Перинатальная психология и психотерапия во вспомогательных репродуктивных технологиях // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. № 3.

Фомин М. В. Домашние роды – здоровый малыш. Практика духовного акушерства. – СПб.: Питер, 2006.

Фрейд А. Введение в детский психоанализ / Пер. с нем. – М.: Детский психоанализ, 1991.

Фрейд З. Скорбь и меланхолия // Вестник психоанализа. – 2002. № 1.

Фрейд З. Конечный и бесконечный анализ: Психоанализ в развитии: Сборник переводов. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998.

Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989.

Фромм Э. Бегство от свободы / Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1989.

Холмогорова А. Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. № 1.

Хорни К. Невротическая личность нашего времени; самоанализ / Пер. с англ. – М.: Прогресс, Универс, 1993.

Цареградская Ж. В. Ребенок от зачатия до года. – М., 2003.

Чемберлен Д. Младенцы о насилии // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Черданцева Г. А., Литвинова А. М., Зайнуллина Л. В., Ширяева Е. К. Эпидемиологические аспекты перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности недоношенных детей, родившихся в условиях перинатального центра: Пособие для врачей. – Екатеринбург: УНИИОМИМ, 1999.

Черников А. В. Системная семейная терапия: Интегративная модель диагностики. 3-е изд. испр. и доп. – М.: Класс, 2001.

Черняк Е. М. Социология семьи: Историко-философские очерки. – М.: Классика +, 1999.

Чиркова Т. И. Психолог в материнской школе: вопросы теории и практики: Практико-ориентиро-ванная монография. – Н. Новгород, 1998.

Чиркова Т. И. Содержание подготовки психологов к работе с родителями детей раннего возраста // Журнал практического психолога. – 2003. № 4–5.

Чичерина Н. А. Пренатальное воспитание и его интегративные функции // Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию «Медико-психологические аспекты современной перинатологии». – М.: Academia, 2001.

Чичерина Н. А. Воспитание до рождения. Книга о пренатальном воспитании будущих детей и настоящих родителей. – М.: Academia, 2007.

Шабалов Н. П. Неонатология. Т. 1. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.

Шабалов Н. П. Неонатология. Т. 2. – М.: МЕДпресс-информ, 2006.

Швецов М. В. Новые методы психотерапии при невынашивании беременности. – Пермь: Звезда, 2001. *Шмурак Ю. И.* Пренатальная общность // Человек. – 1993. № 6.

Шниткова Е. В., Бурцев Е. М., Новиков А. Е. Философова М. С. Нервно-психическое здоровье детей, перенесших перинатальное поражение нервной системы // Неврология и психиатрия. – 2000. № 3.

Шпиц Р. А. Первый год жизни / Пер. с англ. под ред. А. М. Боровикова. – М.: ГЕРРУС, 2000.

Шпиц Р. А., Годфри Коблинер В. Психоанализ раннего детского возраста / Пер. с англ. – М.: ПЕР СЭ; СПб.: Университетская книга, 2001.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999.

Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В. Клинико-психологические методы семейной диагностики и семейная психотерапия: Методические рекомендации. – СПб.: МАПО, 2001.

Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006.

Эмерсон В. Р. Ранимый пренейт // Феномен насилия (от домашнего до глобального): взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб., 2005.

Энциклопедический словарь медицинских терминов // Собр. соч.: В 3 т. / Гл. ред. Б. В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1983. Т. 2.

Энциклопедический словарь медицинских терминов // Собр. соч.: В 3 т. / Гл. ред. Б. В. Петровский. – М.: Советская энциклопедия, 1983. Т. 3.

Эриксон Э. Г. Детство и общество / Пер. с англ. – СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996.

Юсфин А. Г. Музыка и роды. – СПб.: Глория, 1997.

Юсфин А. Г. Музыкальное воспитание в перинатальном периоде: проблемы начала // Хрестоматия по перинатальной психологии: Психология беременности, родов и послеродового периода / Сост. А. Н. Васина. – М.: УРАО, 2005.

Яворская О. В., Тишевской И. А. Опыт работы Челябинской области по оптимизации питания детей грудного возраста // Вопросы детской диетологии. – 2005. Т. 3. № 2.

Ainsworth, M. D., Wittig, B. A. Attachment and exploratory behaviour in one-year-olds in a strange situation. In Determinants of Infant Behaviour. (ed. B. M. Foss), Methuen: London. – 1969. – Vol. 4.

Ainsworth M. D. S. Attachment: Retrospect and prospect // Parkes C. M., Stevenson – Hide L. (ed.) The pleace of attachment in human behavior. – N. Y.: Academ. Press, 1983.

Barber J. S., Axinn W. G., Thornton A. Unwanted childbearing, health, and mother-child relationships / J Health Soc Behav. – 1999. – Vol. 40. – № 3.

Baumann U., Laireiter A. – R. Individualdiagnostik interpersonaler Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Ensyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Gottingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1.

Beck C. T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. – Nurs Res. 1996. 45.

Bennet H. A., Einarson A., Taddio A. et al. Depression During Pregnancy. – Clin. Drug Invest. – 2004. – Vol. 24. № 3.

Bennet H. A., Einarson A., Taddio A. et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. – Obstet Gynecol. – 2004. – Vol. 103. – № 4.

Bertalanfi L. von. General System Theory. – A Critical Review «General Systems». 1962. Vol. VII. *Brier N.* Understanding and managing the emotional reactions to miscarriage // Obstetrics and

Gynecology, January 1999. Vol. 93, 1. *Birndorf C. A., Madden A., Portera L. et al.* Psychiatric symptoms, functional impairment, and receptivity toward mental health treatment among obstetrical patients. – Int. J. Psychiatry Med. 2001.

Bowlby J. Maternal care and mental health // Geneva World Health Organization monograph, 1951. Ser. 2.

Chambers H. M., Chan F. Y. Support for women/families after perinatal death (Cochrane Review). In: The

Cochrane Library, issue 1. – Oxford: Update Software, 1999.

Chung T. K., Lau T. K., Yip A. S. et al. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. – Psychosom Med. 2001.

Cooklin A. R., Rowe H. J., Fisher J. R. Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being // Aust N Z J Obstet Gynaecol. – 2007. – Vol. 47. № 6.

Correa I. B. The impact of television stimuli on the prenatal infant. – Ph. D. Dissertation, University of New South Walls, Sydney, Australia, 1994.

Cote-Arsenault D., Bidlack D., Humm Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss // MCN. May/June 2001. Vol. 26. № 3.

Dean C., Kendell R. E. The symptomatology of puerperal illneses. – Brit. J. Psychiatr. – 1981. – Vol. 139. № 2.

Dolto F. La cause des enfants. Edition Robert Laffont, 1985.

Doris A., Ebmeier K., Shajahan P. Depressive illness. – Lancet. 1999.

Edge D. Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression – a comparative study among inner-city women in the United Kingdom. / J Psychosom Res. – 2007. – Vol. 63. № 3.

Escribe-Aguir V., Gonzalez-Galarzo M. C., Barona-Vilar C. et al. Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? // J. Epidemiol Community Health. 2008 May; 62 (5): 410-4. – 2008. – Vol. 62. № 5.

Ferenci S. Thalassa. – Versuch einer Genitaltheorie, Wien, 1924.

Field T. Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. – Infant Behavior and

Development. Vol. 7. Issue 4. October – December 1984. P. 527–530.

Filipp S. H. (Hrsg.) Kritische Lebensereignisse. – Weinheim: Belts Psychologie Verlags Union, 1990, (2. Aufl.).

Gomez Lavin C., Zapata Garcia R. Diagnostic categorization of post-abortion syndrome / Actas Esp.

Psiquiatr. 2005; 33(4). *Groff St., Halifax J.* The Human Encounter with Death. – 1979.

Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Fetus and Newborn Committee. – Canadian Paediatric Society (CPS): *Paediatrics & Child Health* 2001. 6 (71).

Hasing H., Janus L. (Eds.) Ungewollte Kinder. – Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reibek, 1994.

Heather A. B., Einarson A., Taddio A. et al. Depression During Pregnancy. – Clin. Drug Invest. 2004. 24 (3).

Heinonen S., Kirkinen P. Pregnancy outcome after previous stillbirth resulting from causes other then maternal conditions and fetal abnormalities // Birth 27:1, March 2000.

Horrigan T.J., Schroeder A. V., Schaffer R. M. The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy. – J. Subst. Abuse. 2000. 18.

Janssen H. J. et al. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss // American Journal of Psychiatry 153:2, February 1996.

Kahn R. S. Depression and unintended pregnancy in young women / BMJ. – 2002. – Vol. 324. – № 7345.

Kanner A. D., Coyne J. C., Schaefer C, Lasarus R. S. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassels and uplifts versus major life events. – Journal of Behavioral Medicine. – 1981. – № 4.

Kay J., Roman B., Schulte H. M. Pregnancy loss and the grief process. // In: Woods J. R., Woods J. L. E. eds. Loss During Pregnancy or in the Newborn Period. Pitman, NJ: Jannetti Publications, Inc, 1997.

Kelly R. H., Zatzick D. F., Anders T. F. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. – Am. J. Psychiat. – 2001. – Vol. 158. № 2.

Kelly R. H., Russo J., Holt V. L. et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. – Obstet Gynecol, 2002. 100.

Kitamura T., Sugawara M., Sugawara K. Psychosocial study of depression in early pregnancy // Br. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 168. – № 6.

Klaus M., Kennell J. An infant bonding: 2-d ed. – St. Lois, 1982.

Knapp R. J., Peppers L. G. Doctor-patient relationship in fetal/infant death encounters // Journal of Medical Education, 1979; 54.

Kumar R., Robson K. M A prospective study of emotional disorders in childbearing women / R. Kumar // Br. J. Psychiatry. – 1984. – Vol. 288. – № 144.

Kumar P., Angst D. B., Taxy J., Mangurten H. H. Neonatal autopsies: A 10-year experience. – Arch Pediatr Adolesc Med 2000.

Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. – Obstet Gynecol, 2000. 95.

Lebovici S. Le nourisson, la mere et le psychoanaliste: les interactions precoses. – Paris, Le Centurion, 1983.

LevendH., Janus L. (Eds.) Drum hab ich kein Gesicht. Echter, Salzburg, 2000. *Lucas K.* Die Dismenoroe. Stuttgart, 1965.

Lundy B., Jones N. A., Field T. et al. Prenatal depression effects on neonates. – Infant Behav. Dev. 1999.

Lusskin S. I., Pundiak T. M., Habib S. M. Perinatal depression: hiding in plain sight // Can. J. Psychiatry. – 2007. – Vol. 52. № 8.

Mahler M. S. On human symbiosis and the vicissitudes ofindividuation. – J. Amer. P. *Mahler M. S., Pine F., Bergman A.* The Psychological birth of the human infant. – N. Y., 1975.

McDougall W. An Introduction to Social Psychology. – Rev. ed., Boston: J. W. Luce&Co, 1926.

McKee M. D., Cunningham D., Jankowksi K. R. et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population // Obstet Gynecol. – 2001. – Vol. 97. № 6.

Montigny Fr. de et al. A baby has died: the impact of perinatal loss on family social network// JOGNN. March/April. – 1999.

MoorlandL. A., Leskin G. A., Block R. C. et al. Intimate partner violence and miscarriage: examination of the role of physical and psychological abuse and posttraumatic stress disorder // Interpers Violence. – 2008. – Vol. 23. № 5.

Myhrman A., Rantakallio P., Isohanni M. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child /

BMJ. – 1996. – Vol. 169. № 5. *Naiman J. M., Morrison J. Williams G. et al.* The mental health of women 6 months after they give birth to an unwanted baby: a longitudinal study // Soc. Sci. Med. – 1991. – Vol. 32. № 3.

Nickel H. Die Rolle des Vaters Wahrend der Schwangerschaft und Geburt und Siene Bedeutung for Die Postnatale Entwicklung des Rindes // Schr. Des Fachb., Symposion «Neue Erkenntnisse. Das Leben vor und wahrend der Geburt». – Universitat Osnabruck, 1988. *OHara M. W.* Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium // Arch Gen Psychiatry. – 1986. – Vol. 43. – № 6.

Parkes C. M. Bereavement: Studies of Grief in Adult Life, 2nd edn. – Madison: International Universities Press, 1987.

Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. – J. Affect Disord. – 2001.

Perkin M. R., Bland J. M., Peacock J. L. et al. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. – Br. J. Obstet. Gynaecol. 1993.

Pines D. A. Woman's Unconscious Use of Her Body. – New Haven: Yale University Press, 1994. Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A. et al. Antenatal depression, substance dependency and social support. – J. Affect Disord. – 2001.

Rando T. A. Risks and therapeutic implications associated with death of a child and AIDS-related death. // In: Rando T. A. ed. Treatment of Complicated Mourning. – Champaign: Research Press, 1993.

Rank O., Ferenczi S. The Development of Psychoanalysis. Trans. by C. Newton. New York and Washington: Nervous and Mental Diseases Publishing Company, 1925.

Raphael-Leff J. Pregnancy. The Inside Story. – London: Karnak, 2001.

Raphael-Leff J. Psychological Processes of Childbearing. Fourth Edition. – London: The Anna Freud Centre, 2005.

Reardon D. C., Cougle J. R. Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study // BMJ. – 2002. – Vol. 324. № 7330. RTS Counselor Manual. A Gundersen Lutheran Hospital – La Cross, Inc., 1997.

Schindler S., Zimprich H. Ekologie der Perinatalzeit. – Stuttgart: Hippocrates, 1983. *Schusser G.* Zur Problematik einer dichotomischen Erclarung der Eruhesten Mutter-Kind-Interaction // Symposion neue Erkenntnisse. – Universitat Osnabruck, 1988.

Sexton P. R. Stephen S. B. Postpartum mothers' perceptions of nursing interventions for perinatal grief // Neonatal Netw 1991.

Sornette D. (Feb. 19, 2002) Predictability of Catastrophic Events: Material Rupture, Earthquakes, Turbulence, Financial Crashes and Human Birth. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Vol. 99. № 3. Supplement 1: Arthur M. Sackler Colloquium of the National Academy of Sciences. Sackler Colloquium on Self-Organized Complexity in the Physical, Biological, and Social Sciences.

Spielberger C. D. Anxiety and behavior. – N. Y., Academic Press, 1966.

Spitzer R. L, Williams J. B, Kroenke K. et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000. – 183(3).

Steer R. A., Scholl T. O., Hediger M. L. et al. Self-reported depression and «negative pregnancy outcomes. – J. Clin. Epidemiol. – 1992.

Stern D. N. The first relationship infant and mother. Cambridge, 1977.

Teberg A. I., Hotrakitya S., Wu P. U. K. et al. Factors affecting nursery survival of very low birth weight infants // J. Perinatal. Med., 1987. – Vol. 15. – № 3.

Jung C. G. Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewubten. – Reichl, Darmstadt, 1939.

Welles-Nystrom B. L., de Chatau P. Maternal age and transition to motherhood: prenatal and perinatal assessments // Acta Psychiatr Scand. – 1987. – Vol. 76. – № 6.

Winnicott, D. The theory of the parent-child relationship., Int. J. Psychoanal.

Wood B. Proximity and hierarchy: Orthogonal dimensions of family interconnectedness // Family Process. 24. – 1985.

Workman E. Guiding parents through the death of their infant // JOGNN. November/ December. – 2001.

Wu J., Viguera A., Riley L. et al. Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. – Am. J. Obstet. Gynecol. – 2002.